

Andrea Mendes Araújo
Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite
Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio
Maria de Oliveira Alves Cavalcanti
organizadoras



LONGEVIVER:

Pesquisas e Práticas Gerontológicas

EU Editora
UFPB

LONGEVIVER:

Pesquisas e Práticas Gerontológicas



Reitor
Vice-Reitora

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Valdiney Veloso Gouveia
Liana Filgueira Albuquerque



Direção
Gestão de Editoração
Gestão de Sistemas

EDITORA UFPB

Natanael Antonio dos Santos
Sâmella Arruda Araújo
Ana Gabriella Carvalho

Conselho Editorial

Adailson Pereira de Souza (Ciências Agrárias)
Eliana Vasconcelos da Silva Esval (Linguística, Letras e Artes)
Fabiana Sena da Silva (Interdisciplinar)
Gisele Rocha Côrtes (Ciências Sociais Aplicadas)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Exatas e da Terra)
Luana Rodrigues de Almeida (Ciências da Saúde)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)
Maria Regina Vasconcelos Barbosa (Ciências Biológicas)

Editora filiada à:



Andrea Mendes Araújo
Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite
Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio
Maria de Oliveira Alves Cavalcanti
organizadoras

LONGEVIVER:

Pesquisas e Práticas Gerontológicas

Editora UFPB
João Pessoa
2021

Direitos autorais 2021 – Editora UFPB.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA UFPB.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo e a revisão de texto/normalização desta publicação são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Projeto Gráfico	Editora UFPB
Revisão Gráfica	Alice Brito
Editoração Eletrônica	Emmanuel Luna
Imagem da Capa	Canvas

Catálogo na fonte:

Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

L852 Longevidade : pesquisas e práticas gerontológicas [recurso eletrônico] / Organizadores: Andrea Mendes Araújo ... [et al].
- João Pessoa: Editora UFPB, 2021.

E-book.

Modo de acesso: <http://www.editora.ufpb.br/>

ISBN: 978-65-5942-108-4

1. Gerontologia. 2. Ser humano - Envelhecimento. 3. Velhice – Qualidade de vida. 4. Homoafetividade na velhice. I. Araújo, Andrea Mendes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 613.98

Livro aprovado para publicação através do Edital Nº 01/2020/Editora Universitária/
UFPB - Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB

Cidade Universitária, Campus I
Prédio da Editora Universitária, s/n
João Pessoa – PB
CEP 58.051-970
<http://www.editora.ufpb.br>
E-mail: editora@ufpb.br
Fone: (83) 3216.7147

AGRADECIMENTOS

A Escola Técnica de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com júbilo, agradece:

A Professora Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira, pela valiosa colaboração com a revisão anti plágio, através da ferramenta 'iThenticate Professional Plagiarism Prevention'.

A todas as pessoas idosas que aceitaram participar direta ou indiretamente dos estudos aqui expostos.

Muito obrigada!

PREFÁCIO

A presente obra trata-se de uma coletânea, fruto dos trabalhos de conclusão do IV Curso de Especialização em Gerontologia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ofertado pela Escola Técnica de Saúde (ETS), do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, no período de 2018 a 2020.

Tem como cerne o ser humano em seu processo de envelhecimento, perpassando pelos aspectos biológicos, sociais, familiares e psicológicos.

No seu conjunto, traduz o aprendizado e a dialética atingidos pelas jovens gerontólogas ao longo das aulas teóricas, práticas, dos estudos individuais, das visitas de campo e das pesquisas.

Ela representa mais uma importante estratégia de formação na área de gerontologia, adotada pela ETS que, há quase uma década, vem inserindo no seu tripé 'ensino, pesquisa e extensão' temas relacionados ao envelhecimento humano.

A incursão da escola nos temas da Gerontologia iniciou em 2010, quando encaminhou quatorze de seus docentes ao Doutorado Interinstitucional (DINTER), em Gerontologia Biomédica, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Em 2011, passou a ofertar o curso de Cuidador de Idosos, na modalidade Formação Inicial e Continuada (FIC), pelo Programa Nacional de Ensino Técnico (PRONATEC). Com o encerramento do DINTER em 2014, deu-se início aos trabalhos de criação do curso Técnico em

Cuidados de Idosos, com a certificação da primeira turma no segundo semestre de 2017.

Entre 2016 e 2017, deram-se os trâmites para a elaboração do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Em julho de 2018, iniciou o primeiro curso de pós-graduação promovido pela ETS, com encerramento em dezembro de 2019.

A coletânea que se apresenta reflete a vontade de jovens profissionais em adentrar na ciência do envelhecimento humano e compartilhar com o público leitor os saberes, frutos de seu aprendizado em gerontologia. Desejamos que seja uma leitura agradável e elucidativa a respeito do processo de envelhecimento humano e suas múltiplas implicações.

Andrea Mendes Araújo
Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite
Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio
Maria de Oliveira Cavalcanti

Esta publicação não decorre de um projeto financiado

SUMÁRIO

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS 12

Josevânia da Silva

Victória Rayane Silva Freitas

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

Maria de Oliveira Cavalcanti

Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE HOMOAFETIVIDADE NA VELHICE: uma perspectiva de pessoas idosas 36

Haydêe Cassé da Silva

Olívia Galvão Lucena Ferreira

Íria Raquel Borges Wiese

COLCHA DE RETALHOS COM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: tecendo metodologias de facilitação 62

Danielly Cristiny de Veras

Cleane Rosa Ribeiro da Silva

Franklin Delano Soares Forte

Gildecil Alves de Lira

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PORTADORES DE DEFORMIDADE ANTES DA PROTETIZAÇÃO BUCOMAXILOFACIAL 70

Jaqueline Gomes Cavalcanti

Larissa Chaves Moraes de Lima

Gabrieli Duarte Farias

Cacilda Chaves Moraes de Lima

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO
ATIVO PARA PESSOAS IDOSAS DE UM CENTRO DE
CONVIVÊNCIA90**

Olívia Galvão Lucena Ferreira

Haydeê Cassé da Silva

Íria Raquel Borges Wiese

**VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO:
estudo acerca da negligência111**

Priscila de Almeida da Costa

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

**POLÍTICAS PÚBLICAS E QUALIDADE DE VIDA NA
VELHICE: um estudo de revisão.....132**

Maria Alessandra Soares Lira

Márcia Rique Carício

**REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE CAPACIDADE
FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS153**

Luana Jesus de Almeida da Costa Arnaud

Lúcio Roberto Cançado Castellano

**IDOSOS ENCARCERADOS E A POLÍTICA DE SAÚDE
NO SISTEMA PRISIONAL: revisão integrativa175**

Bernadete Di Lourdes de Sousa Dantas

Maria Soraya Pereira Franco Adriano

**REFLEXÕES SOBRE A CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES
QUE ATUAM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS199**

Kelen Jussara Tavares Caminha

Fernanda Maria Chianca da Silva

Maria de Oliveira Alves Cavalcanti

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

Andrea Mendes Araújo

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA CUIDADORES DE
IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON212**

Ellen Martins Norat Ribeiro

Ana Mabel Sulpino Felisberto

Rafael de Souza Andrade

Fernanda Maria Chianca da Silva

**AS INTERFACES DO SUS E SUAS NA REDE DE ATENÇÃO
À SAÚDE E ASSISTÊNCIA À PESSOA IDOSA.....230**

Liélia Barbosa Oliveira

Geraldo Sávio Almeida Holanda

**CAUSAS DE INTERNAÇÃO DE IDOSOS NOS SERVIÇOS
DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA,
PARAÍBA.....246**

Emanuelle Cassiano Agripino Santos Queiroga de Lucena

Carmem Gabriela Gomes de Figueiredo

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS-CIRURGIA
CARDÍACA: um estudo bibliométrico261**

Ingrid Davis Gadelha Vieira

Marcella Costa Souto Duarte

**A ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO À SAÚDE
DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA278**

Angely Caldas Gomes

Márcia Rique Carício

**A RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE
PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO:
revisão integrativa296**

Ericka Ellen Cardoso da Silva Diniz

Renata Coelho Freire Batista Queiroz

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)315

CAPÍTULO 01

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS

Josevânia da Silva

Victória Rayane Silva Freitas

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

Maria de Oliveira Cavalcanti

Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite

Nas últimas décadas, o Sistema único de Saúde (SUS) apresentou avanços importantes, sobretudo em relação a sua cobertura territorial (SOUZA et al., 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Sabe-se, no entanto, que ainda existem dificuldades para oferecer um atendimento que corresponda às necessidades das populações (CECILIO & REIS, 2018; MELO et al., 2018; MENDES et al., 2018). Dentre as dificuldades, destaca-se o acesso aos serviços de saúde, uma vez que este varia conforme o local de moradia das pessoas, condições geográficas, contextos políticos e econômicos, dentre outros.

A adequada assistência à saúde, necessariamente, requer considerar o acesso enquanto dimensão que está pautada nos preceitos da humanização (LIMA et al., 2016; CRUZ et al., 2017). Nesse sentido, ao analisar as dificuldades de acesso, há que se considerar a dimensão geográfica e organizacional (STARFIELD, 2002).

Na dimensão geográfica, considera-se a distância percorrida pelos usuários para acessar os serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Em contextos rurais, este aspecto é determinante, visto que em muitas cidades rurais os domicílios são distantes dos serviços de saúde, o que é agravado pela ausência de transporte público e de qualidade. Por sua vez, a dimensão organizacional considera a disponibilidade dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014), os tipos de serviços existentes e em que medida correspondem às necessidades dos usuários. Ademais, é considerada a adequação dos profissionais conforme as demandas (STARFIELD, 2002).

Estudos sobre a avaliação do acesso aos serviços de saúde por idosos (ALCÂNTARA & LOPES, 2012; ALMEIDA, 2015; GARBACCIO et al., 2018) tem evidenciado fragilidades em relação a diversos aspectos, tais como: disponibilidade de insumos, ausência da integralidade, disponibilidade de exames e medicamentos, entre outros. Em geral, aspectos como resolutividade, referência e contrarreferência, apresentam fragilidades, as quais são acentuadas em contextos rurais (COSTA et al., 2017).

Outros estudos (ALBUQUERQUE & MELO, 2010; CRUZ et al., 2018; MOIMAZ et al., 2016), no entanto, apresentam avaliações positivas dos usuários sobre os serviços de saúde. Em parte, esta avaliação é proporcional ao entendimento que os usuários têm sobre seus direitos e o acesso às informações necessárias para compreender o SUS e o que determina seus princípios. Outra explicação diz respeito ao horizonte de referência que os usuários têm, sobretudo os idosos. Segundo

Albuquerque e Melo (2010), antes da constituição de 1988, as pessoas ficavam às margens do acesso aos cuidados em saúde pública.

Os municípios de pequeno porte, os chamados contextos rurais, apresentam desafios em termos de assistência em saúde, a exemplo da rotatividade de profissionais, da fragilidade nas condições de trabalho, que é explicada também pela dificuldade econômica em custear as demandas de saúde dessas populações (MICLOS et al, 2017). E nesse contexto, tem aumentado o número de famílias que possuem idosos em sua composição (BELTRÃO; CAMARANO; MELLO, 2005).

Seja em espaços rurais ou urbanos, as pessoas idosas estão mais vulneráveis ao adoecimento. A vulnerabilidade a determinado agravo pode ser compreendida como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas, nas individuais, mas também coletivos [e] contextuais” (AYRES, et al., 2003, p.127). Trata-se de um processo que está relacionado com dimensões individuais, sociais e institucionais, o que inclui a análise de políticas públicas e o direcionamento de ações voltadas às necessidades das populações.

O quadro teórico da vulnerabilidade colabora para a análise do acesso aos serviços de saúde pelos idosos de cidades rurais. A dimensão programática/institucional da vulnerabilidade está relacionada ao cumprimento dos próprios princípios de universalidade, equidade e integralidade (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012), estabelecidos pela Lei Orgânica

(NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Estes princípios orientam a atuação do SUS, com destaque para a atenção à saúde a partir de estratégias que atendam às demandas sociais (AYRES et al., 2012).

A suscetibilidade, portanto, varia em razão das condições de vida das pessoas e de seus recursos para enfrentamento, não só na velhice, mas ao longo da vida. Contudo, as pessoas idosas residentes em contextos rurais vivenciam vulnerabilidade em um cenário de maior carência estrutural, de saneamento básico, de transportes, entre outros (ALMEIDA, 2015; GARBACCIO et al., 2018; PEDREIRA et al., 2016). Questões como pobreza, baixa escolaridade e acesso adequado às informações sobre os serviços de saúde e sobre sua própria saúde aparecem como barreiras para um envelhecimento saudável no meio rural (SILVA et al., 2019).

Diante desse contexto, a pesquisa, que originou este capítulo, buscou analisar a avaliação de pessoas idosas, quanto ao atendimento e ao acesso aos serviços de saúde em cidades rurais paraibanas.

A pesquisa se caracterizou como sendo exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. Tendo sido apreciada e aprovada (CAAE: 79139817.3.0000.5187) pelo Comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba.

Para a realização da pesquisa, foram escolhidas as cidades rurais seguindo a divisão regional adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, que se baseia na identificação de áreas de vulnerabilidades em saúde. Esta divisão regional corresponde a quatro macrorregiões de saúde (João Pessoa,

1ª macrorregião; Campina Grande, 2ª macrorregião; Patos, 3ª macrorregião; e Sousa, 4ª macrorregião) e 16 microrregiões.

A Paraíba tem 223 municípios, dos quais 155 (69,5%) são municípios de pequeno porte, por comportarem menos de 10.000 habitantes. Para melhor caracterizar as cidades rurais, a pesquisa foi realizada em municípios de pequeno porte. Para tanto, foram sorteadas quatro cidades em cada macrorregião de saúde para a coleta de dados, totalizando 16 cidades.

Participaram do estudo, de forma não probabilística e acidental, 202 pessoas idosas, voluntárias, com idades variando de 60 a 92 anos, ($M=68,57$; $DP=6,52$), sendo a maioria do sexo feminino (67,8%) e que residiam na cidade rural há, no mínimo, seis meses.

Para a realização da coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) *Questionário sociodemográfico*, com questões versando sobre renda, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil e sexo;
- b) *Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde*, este instrumento é formado por questões sobre a organização, vínculo e atendimento, resolutividade e ações de prevenção dos serviços de saúde. Trata-se de um instrumento objetivo, com escala de resposta dicotômica, do tipo sim ou não. Este questionário foi construído por Saldanha (2011) para pesquisas em diversos contextos, bem como já foi utilizado com pessoas de cidades rurais com idades iguais ou superiores a 50 anos (SILVA, 2015).

Neste estudo, antes da aplicação do questionário na amostra definitiva, foi realizado um estudo piloto para verificar a compreensão dos participantes sobre os itens do instrumento e sobre a adequação da escala de resposta. O estudo piloto foi realizado em uma cidade rural definida através de sorteio, no qual participaram trinta pessoas, que foram escolhidas de forma não probabilística e acidental.

A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual, sendo os participantes abordados em praças, logradouros, feiras públicas e residências. No momento da abordagem, foram explicitados os objetivos do estudo e o convite para participar.

Seguiram-se todos os procedimentos éticos de acordo com a “Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”. Os participantes foram informados sobre sua participação voluntária, a qual poderia deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa assim como sobre a garantia de seu anonimato. Ainda, os pesquisadores se colocaram à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos necessários durante e após a realização da pesquisa.

Antes da aplicação dos instrumentos, foi solicitado a cada participante que assinasse o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Em seguida, seguiu-se com a aplicação dos instrumentos, a qual o tempo de execução durou, em média, 20 minutos.

Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva e de posição (frequência, porcentagem, média, desvio padrão) e processados através do software SPSS, versão 22.

Os resultados indicaram que, em relação ao perfil socio-demográfico, a maioria dos participantes era do sexo feminino, aposentada, casada e residindo em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande. Observou-se ainda um baixo nível de escolaridade, além da renda familiar estar entre um e dois salários para a maioria dos participantes. Estes e outros dados podem ser observados na tabela 1, abaixo.

Tabela 1. Frequências e percentuais referentes aos dados socio-demográficos (n=202”).

Variáveis	f (%)
Macrorregião de saúde (n=202)	
Campina Grande	74 (36,6)
João Pessoa	52 (25,7)
Patos	42 (20,8)
Sousa	34 (16,8)
Sexo (n=202)	
Feminino	138 (67,8)
Masculino	65 (32,2)
Escolaridade (n=198)	
Sem escolarização	64 (31,7)
Fundamental I	82 (41,4)
Fundamental II	26 (13,1)
Médio	21 (10,6)
Superior	05 (2,5)
Situação laboral (n=147)	
Aposentado	124 (84,4)
Desemprego	13 (8,2)
Empregado	11 (7,5)

Variáveis	f (%)
<i>Renda familiar mensal (n=166)</i>	
Menor que 1 salário	25 (15,1)
Entre 1 e 2 salários	125 (75,3)
Entre 3 e 4 salários	16 (9,6)
<i>Estado Civil (n=201)</i>	
Casado	125 (62,5)
Viúvo	39 (19,5)
Separado/divorciado	19 (9,5)
Solteiro	17 (8,5)
<i>Religião (n=201)</i>	
Católico	168 (84)
Evangélico	28 (14)
Espírita	01 (0,5)
Outras	03 (1,5)

n*: o n amostral foi de 202 participantes. Contudo, alguns participantes não responderam a todas as questões, por isso a diferença no número do n amostral em algumas variáveis.

Os resultados demonstraram que, em cidades rurais, a chamada feminização da velhice também acontece. Contudo, a maior expectativa de vida nem sempre corresponde a melhores condições de saúde entre os idosos, sobretudo, entre os que residem em contextos rurais (SOUZA, 2019).

Nestas localidades são evidenciados baixa infraestrutura, ausência ou insuficiência de transporte público, pouco acesso a consultas médicas, dentre outras questões que estão diretamente relacionadas à maior suscetibilidade de indivíduos e populações ao adoeci-

mento (PEDREIRA et al., 2016; PITILIN & LENTSCCK, 2015). Estes aspectos fazem parte do conjunto de elementos que apontam para a vulnerabilidade programática, o que é potencializada pela escassez de recursos pessoais e sociais (SILVA et al., 2019).

Quando se considera as variáveis renda familiar e escolaridade, verifica-se que o perfil sociodemográfico das pessoas idosas das cidades rurais aponta para a vulnerabilidade social. Renda e escolaridade possui relação com o acesso à informação e manutenção de condições necessárias para a qualidade de vida e saúde, a exemplo da alimentação, trabalho, condições de moradia, etc. a maior suscetibilidade ao adoecimento (SANTOS et al., 2018; SILVA et al., 2018).

Resultados nesta direção foram evidenciados no estudo de Arruda, Maia e Alves (2018), que comparou variáveis sociodemográficas de moradores de contextos rurais e urbanos. Em relação ao nível de escolaridade, 9% dos residentes em espaços urbanos não possuíam escolaridade, já o número dos residentes em espaços rurais, sem escolaridade, foi de 24%. Numa perspectiva que considera os processos de vulnerabilidade em saúde, compreende-se que as discussões acerca da saúde e doença deveriam partir da compreensão dos contextos socioculturais nos quais estão inseridas as pessoas.

É a partir deste cenário de vulnerabilidade individual, social e programática que as pessoas idosas avaliaram os serviços de saúde. Em geral, observaram-se avaliações positivas pela maioria dos participantes, na tabela 2.

Tabela 2. Organização, vínculo e atendimento, resolutividade e prevenção dos serviços de saúde, segundo a avaliação dos participantes.

VARIÁVEIS	NÃO f (%)	SIM f (%)
Organização		
Tinha todos os medicamentos que você precisava?	100 (50,8)	97 (49,2)
Tinha todos os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	91 (46,2)	106 (53,8)
Foram disponibilizados os exames solicitados?	90 (45,9)	106 (54,1)
Tinham os profissionais de saúde adequados ao seu atendimento?	52 (26,4)	145 (73,6)
Vínculo e atendimento		
Você sente que é bem recebido pelos profissionais de saúde?	14 (7,1)	184 (92,9)
Você sente que entende o que o profissional quer dizer?	21 (10,7)	176 (89,3)
Em geral, os profissionais explicam suas dúvidas?	27 (13,8)	168 (86,2)
Você recebe explicações sobre os medicamentos passados pelos profissionais?	41 (21,4)	151 (78,6)
Os profissionais pedem informações sobre suas condições de vida e da família?	140 (71,8)	55 (28,2)
Você sente que o tempo é suficiente para o profissional explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	57 (28,9)	140 (71,1)

VARIÁVEIS	NÃO f (%)	SIM f (%)
Quando você retorna ao serviço de saúde com os exames é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	72 (38,1)	117 (61,9)
Você já se sentiu rejeitado pelos profissionais do serviço de saúde?	173 (88,3)	23 (11,7)
Você sente vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde?	157 (79,7)	40 (20,3)
Resolutividade		
Você costuma fazer os exames solicitados?	31 (15,6)	168 (84,4)
Você costuma retornar ao serviço de saúde quando o médico marca?	20 (10,0)	180 (90,0)
Os seus problemas são resolvidos no serviço de saúde?	48 (24,0)	152 (76,0)
Prevenção		
Você já foi convidado a participar de grupos sobre saúde no serviço saúde?	125 (63,1)	73 (36,9)
Existem campanhas/trabalhos educativos no serviço de saúde?	76 (38,2)	123 (61,8)
Já foi oferecido a você o teste de HIV/AIDS?	166 (86,0)	27 (14,0)
É feita distribuição de camisinhas no serviço de saúde?	40 (21,3)	148 (78,7)

Considerando a dimensão *Organização dos Serviços de Saúde*, foram avaliadas, pelos idosos, a disponibilidade de medicamentos, equipamentos e exames, bem como a presença de profissionais nas unidades básicas de saúde. Em relação aos medicamentos, pouco mais da metade dos idosos (50,8%) afirmaram não ter medicações disponíveis nos serviços. Esta percepção mediana vai de encontro aos princípios norteadores do SUS, que assume a garantia na Atenção Básica (AB) de uma atenção integral à saúde, incluindo os serviços de assistência farmacêutica, um dos pontos norteadores das políticas públicas de saúde (ÁLVARES et al., 2017).

A literatura (TAVARES et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2017) tem evidenciado a escassez de medicamentos nas unidades de saúde, assim como usuários das cidades rurais ratificam a incipiência de medicamentos, além da ausência frequente dos profissionais nas Estratégias de Saúde da Família (ESF's). Os resultados encontrados diferem da avaliação encontrada no estudo de Pinto et al. (2015). Segundo o estudo dos pesquisadores, 57% dos usuários afirma obter os medicamentos prescritos na própria UBS. Ainda assim, 43% dos usuários apontaram para a não disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde (PINTO et al., 2015).

A política de saúde brasileira está pautada na Universalidade da assistência em saúde, o que inclui a disponibilidade de exames e equipamentos necessários para um atendimento de qualidade no território nacional. Todavia, 46,2% dos idosos afirmaram não existir os equipamentos necessários para o

atendimento, e 45,9% apontaram a ausência da realização de exames. Estes achados estão de acordo com a literatura (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015; VIEIRA et al., 2016; SCHIMITT et al., 2015) que tem confirmado a incipiência de materiais e equipamentos, especialmente em cidades de pequeno porte.

Em relação à presença de profissionais nos serviços de saúde, a avaliação dos participantes foi positiva. Diferente dos resultados encontrados, o estudo realizado por Oliveira et al. (2015) apontou que os usuários entrevistados percebiam os profissionais ausentes nos serviços de saúde de forma constante. A ausência de profissionais, frequentemente, faz referência a algumas especialidades médicas. Vale ressaltar então que este estudo, a avaliação positiva sobre a presença dos profissionais versou sobre os profissionais em geral, como os enfermeiros, agentes comunitários de saúde e os técnicos de saúde.

Na dimensão *Vínculo e Atendimento*, os idosos pesquisados afirmaram que se sentem bem acolhidos nos serviços. A prática de acolhimento tem sido evidenciada em outros estudos (FRANK et al., 2015; LOPES et al., 2015) como uma ferramenta de melhoria na relação profissional e usuário, bem como para o fortalecimento de vínculos, tendo em vista se tratar de instrumento de promoção de saúde e princípio norteador da Política Nacional de Humanização. A satisfação ou insatisfação com os serviços de saúde tem estado mais associada aos vínculos estabelecidos entre aquele que demanda e o que é demandado, e não necessariamente em razão do atendimento a determinada demanda de saúde (PINTO et al., 2015).

Em geral, a avaliação das pessoas idosas sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde foi positiva. A avaliação menos positiva foi relativa ao retorno da consulta para o mesmo profissional, o que pode estar relacionada à rotatividade de profissionais nos serviços de saúde. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada por Frank et al. (2015), na qual 76,4% dos usuários afirmaram compreender as explicações oferecidas pelos profissionais, 70,5% estavam satisfeitos com o tempo dos atendimentos, e 64,5% se sentiram à vontade para falar com os profissionais.

A única avaliação negativa na dimensão Vínculo e Atendimento diz respeito ao fato de os profissionais de saúde não procurarem informações sobre as condições de vida dos usuários. Nessa direção, em estudo realizado por Protasio et al. (2017), usuários ressaltaram a importância do questionamento dos profissionais em relação a assuntos como as condições de vida. O estudo apontou a relação significativa entre satisfação do usuário e tempo de consulta, evidenciando que estes se sentem satisfeitos quando os profissionais os deixam falar sem tempo estimado (PROTASIO et al., 2017). Estes resultados evidenciam que, além da dimensão clínica e patológica, as pessoas idosas demandam cuidados em saúde que abarquem os aspectos sociais e subjetivos, o que colabora para o fortalecimento de vínculos nos serviços de saúde.

A satisfação dos idosos esteve relacionada ao esclarecimento de suas dúvidas e a construção de vínculos. Estes resultados estão pactuados com o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011/2017), que entende que

a ESF é o local adequado para que a população tenha a maior parte de seus problemas de saúde resolvidos, contribuindo para o aumento da confiança e fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários (BRASIL, 2011; 2017).

Os usuários tendem a avaliar de forma positiva os profissionais de saúde que lhe oferecem possibilidade de diálogo de forma horizontal e se mostram interessados em conhecer suas histórias de vida (SANTOS, SOUZA; CARDOZO, 2016). Ademais, o vínculo formado entre o usuário e os profissionais colabora para a permanência dos usuários nas ações da atenção básica. Em razão disto, são mais exitosas as ações em saúde voltadas para a redução das vulnerabilidades em saúde.

Quanto à *Resolutividade*, a maioria das pessoas idosas afirmou fazer os exames solicitados, retornarem ao serviço de saúde quando marcado e que seus problemas de saúde foram resolvidos no serviço. Quanto à *Prevenção*, a maioria dos usuários afirmou que foi convidado para participar de grupos sobre prevenção em saúde, que existem campanhas/trabalhos educativos no serviço. As pessoas idosas afirmaram, em sua maioria, que receberam convite para realização do teste de HIV/Aids, bem como afirmam a disponibilidade de preservativos no serviço.

Em geral, os participantes avaliaram positivamente os serviços de saúde nas dimensões apresentadas. Estas avaliações apontam para a perspectiva dos usuários. Para verificar em que medidas estas avaliações correspondem à realidade seria necessária uma avaliação que abarcasse a análise dos serviços, o que não foi objetivo deste estudo.

Avaliações positivas sobre os serviços de saúde na perspectiva dos usuários também foram verificadas em outros estudos (ALBUQUERQUE & MELO, 2010; CRUZ et al., 2018; MOIMAZ et al., 2016). Neste estudo, é importante considerar que se trata de pessoas idosas e residentes em contextos rurais, localidades que apresentaram melhorias na cobertura e nos atendimentos em saúde nas últimas décadas. Além disso, é possível que muitos dos participantes levem em conta suas experiências anteriores em outros períodos, nos quais a saúde da população em geral dependia da caridade de instituições religiosas.

Por fim, foi solicitado aos participantes que atribuísem, numa escala de 0 a 10, uma nota para a equipe de saúde e para a estrutura do serviço de saúde do município. Em relação ao primeiro aspecto, as equipes de saúde receberam uma avaliação média de 7,65 (DP=2,92), já a avaliação da estrutura do serviço de saúde recebeu uma avaliação média de 6,95 (DP=3,08), demonstrando avaliações moderadas por parte dos idosos.

A literatura (ALMEIDA, 2015; GARBACCIO et al., 2018; PEDREIRA et al., 2016) evidencia diferenças no tocante às iniquidades em saúde quando se compara os contextos rurais com os urbanos. Contudo, neste estudo, os serviços de saúde de cidades rurais da Paraíba foram avaliados, em sua maioria, de forma positiva, embora ainda apresentando aspectos de fragilidade. Estes resultados são importantes na medida em que servem como *feedback* sobre a percepção dos usuários atendidos pelas políticas públicas de saúde dos municípios.

Na atenção básica, a linha de cuidados direcionada às pessoas idosas é norteadada por uma política pública ampla de cuidado, o que de certo modo colabora para que os serviços direcionem ações específicas para este grupo etário. Nessa direção, o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral”, publicado pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde teve por objetivo “fomentar discussões sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS e propor um modelo de atenção integral que contribua na organização do cuidado ofertado pelos estados e municípios brasileiros” (BRASIL, 2014, p.6).

Esta pesquisa, precursora desse capítulo, evidenciou que a avaliação dos serviços de saúde em cidades rurais, na perspectiva dos idosos, pode ser compreendida a partir das dimensões propostas pelo quadro teórico da vulnerabilidade, tais como elementos individuais, sociais e programáticos.

Considerando a dimensão social de vulnerabilidade, a maioria dos participantes possuía baixa renda familiar e até cinco anos de escolaridade. Estes aspectos aumentam a suscetibilidade dos idosos ao adoecimento, uma vez que tem relação com as condições de vida.

Ademais, as pessoas idosas avaliaram de forma positiva os serviços de saúde, sobretudo, em relação ao vínculo e ao atendimento. Contudo, estes serviços ainda apresentaram fragilidades relativas à disponibilidade de medicamentos, de equipamentos necessários para o atendimento e de exames, apontando para dimensão programática/institucional da vulnerabilidade.

Outro item avaliado negativamente pelas pessoas idosas fazia referência ao interesse dos profissionais em relação à vida dos usuários. Ou seja, segundo os idosos, os profissionais não procuravam saber sobre suas condições de vida. Contudo, as condições materiais e objetivas da vida (como trabalho, moradia, lazer, entre outros), em parte, colaboram para a disponibilidade ou não de recursos necessários para cuidado da própria saúde.

Ainda que tenham sido observadas avaliações positivas sobre os serviços de saúde em cidades rurais, deve-se considerar que esta avaliação é particularizada pela vivência dos usuários. Além disso, a noção sobre o que vem a ser bom ou ideal está relacionada, em parte, à noção de cidadania que os idosos possuem. Nesta direção, entende-se que este estudo ofereceu subsídios para a realização de reflexões que possibilitem o planejamento e execução de ações em saúde que atenda às reais demandas das pessoas idosas residentes em contextos rurais.

REFERÊNCIAS

1 ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; MELO, Cynthia de Freitas. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 323-330, 2010.

2 ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 182-194, 2014.

3 ALCÂNTARA, Luciana Ruschel; LOPES, Marta Julia Marques. Estrutura de serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do Sul do Brasil. **Redes. Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 17, n. 1, p. 94-114, 2012.

4 ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **J Bras Econ Saúde**, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015.

5 ÁLVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 20s, 2017.

6 ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00213816, 2018.

7 AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2003.

8 AYRES, Jose Ricardo; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá Editora, p. 9-22, 2012.

9 BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da seguridade social rural**. Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

10 BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017.

11 BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204, 2011.

12 CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00056917, 2018.

13 COSTA, Marta Cocco da et al. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017.

14 CRUZ, Joanderson D. Santos et al. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 5, p. 641-648, 2017.

15 CRUZ, Ially Luana de Carvalho Martins et al. Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde-SUS em um município do sertão de Pernambuco. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 39, p. 142-163, 2018.

16 FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 400-410, 2015.

17 GARBACCIO, Juliana Ladeira et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

18 LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc Anna Nery**, v.20, n. 2, p. 275-80, 2016.

19 LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em debate**, v. 39, p. 114-123, 2015.

20 MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

21 MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.

22 MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 86, 2017.

23 MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral. In: **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

24 MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3879-3887, 2016.

25 NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 10s, 2017.

26 NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde-SUS. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. p. 435-472, 2008.

27 OLIVEIRA, Edward Meirelles de et al. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 901-913, 2015.

28 PEDREIRA, Rhaine Borges Santos et al. Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 103-119, 2016.

29 PIMENTEL, Fernando Castim; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SOUZA, Wayner Vieira de. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 88-101, 2015.

30 PINTO, Hêider Aurélio et al. Avaliação da atenção básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 15-26, 2015.

31 PITILIN, Érica de Brito; LENTSCK, Maicon Henrique. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015.

32 PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de

avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1829-1844, 2017.

33 SALDANHA, A. A. W. Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas. **Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq**, v. 551215, p. 2007-0, 2011.

34 SANTOS, Anajá Antonia Machado Teixeira dos et al. O mundo rural e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. **Saúde coletiva, desenvolvimento e (in) sustentabilidades no rural**. Porto Alegre: UFRGS, 2018. p. 161-80, 2018.

35 SANTOS, Marcuce Antonio Miranda; SOUZA, Eldenilson Gomes; CARDOSO, Jane Carvalho. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do programa mais médicos na área rural de porto velho, Rondônia. **Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1327-1346, 2016.

36 SCHMITT, Márcia Danieli et al. Obstáculos assinalados por enfermeiros da atenção básica em saúde na realização da coleta de dados. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife. Vol. 9, Supl. 3 (abr. 2015), p. 7688-7694, 2015.

37 SILVA, Josevânia et al. Velhices em contextos rurais e processos de vulnerabilidades. Em CERQUEIRA, Elder Santos; MAIA, Luciana (orgs.). **Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil**, Teresina: EDUFPI, 2019.

38 SILVA, Vladimir Schuindt da et al. Evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil: 2002/03-2008/09. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 891-901, 2018.

39 SILVA, Kátia de Brito. **Psicologia nas Políticas Sociais e Ruralidades: aproximações e desafios para a profissão** (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Piauí, 2018.

40 SILVA, J. **Envelhecimento e HIV/Aids: perfis de vulnerabilidade e atenção psicossocial na Paraíba**. Relatório Final, Universal/CNPq 475272/2012-9, Edital nº 14/2012. Universidade estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

41 SOUZA, André Ricardo. Pluralidade cristã e algumas questões do cenário religioso brasileiro. **Revista USP**, n. 120, p. 13-22, 2019.

42 SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1737-1750, 2018.

43 STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

44 TAVARES, Renata Evangelista et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 889-900, 2017.

45 VIEIRA, Alessandra dos Santos Tavares et al. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 3, p. 58-64, 2016.

CAPÍTULO 02

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE HOMOAfetividade NA VELHICE: uma perspectiva de pessoas idosas

*Haydêe Cassé da Silva
Olívia Galvão Lucena Ferreira
Íria Raquel Borges Wiese*

A velhice é um processo demarcado por mudanças biopsicossociais relativas ao indivíduo e à organização social. Estas mudanças podem acarretar diferentes perspectivas ao ser que envelhece, pois é idealizada com base na dimensão de vivências, hábitos, atitudes e comportamentos ocorridos na construção da história de vida desde o nascimento (TORRES et al, 2015).

No contexto social, o envelhecimento permeia por categorias estereotipadas que, ao longo dos anos, vem perdendo sua força com as transformações ocorridas na sociedade moderna, surgindo uma nova performance do público idoso contemporâneo. Os estereótipos como dependências, incapacidades, limitações e assexualidade parecem receber uma nova conotação e aceitação pela sociedade atual (ARAUJO; CARLOS, 2018).

O decurso de estigmas e moralidade sobre a sexualidade humana é um processo histórico perpetrado pelos valores na sociedade. Os preconceitos e discriminações

sobre a sexualidade eram definidos pela educação, cultura e/ou religião e, desta forma, não permitiam enxergar a real compreensão para além do ato sexual e procriação. A novidade é que as questões relativas à sexualidade passaram por transformações comportamentais, que modificaram e/ou renovaram os conceitos da sociedade, abrangendo, assim, a noção de sexualidade como companheirismo, prazer e afeto que provém dos aspectos sentimentais e relacionais proporcionando o bem-estar físico e psicológico (SANTOS; LAGO, 2013).

Por muito tempo, se concebeu a ideia de que a pessoa idosa perdia as habilidades sexuais à medida que envelhecia, tornando a prática da sexualidade um comportamento camuflado e/ou inaceitável na percepção da população idosa e em geral. As ações de esfera sexual se aprofundam nas relações de poder, hierarquia, expectativas e significados sociais que revelam as diferentes construções da história sexual de acordo com as influências ou escolhas dentro do universo cultural, religioso, social, emocional e biológico vivenciados ao longo da vida (CAMPOS; BERLEZI; CORREA, 2015).

Assim, as transições e/ou mudanças dos padrões sexuais na velhice associadas às experiências na dimensão cisgênera e/ou transgênera permitem diversidade de sentidos elaborados no senso comum da população idosa quanto à sexualidade e afetividade. Portanto, enquanto sujeitos ativos na construção do corpo, do afeto e do prazer, a partir do momento histórico e social vividos, há uma diversidade de possibilidades na

vivência da sexualidade do indivíduo (CARLOS; SANTOS; ARAUJO, 2018).

Nesse sentido, é relevante compreender sobre a homoafetividade na velhice na diversidade de sentidos atribuídos pela sociedade, em específico, o idoso. O envelhecer associado ao estigma sofrido pela população LGBT tem sido marcado pelas lutas de igualdade social e respeito, pautadas nas legislações acerca dos direitos humanos e do direito à saúde vigentes no país. O Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos se preocupam com as minorias sociais e têm lançado resoluções normativas para integralizá-las ao Sistema Único de Saúde, de forma a reduzir ou eliminar a discriminação, o preconceito e a desigualdade social (BRASIL, 2006; 2013; MOTA, 2014).

Considerando as interações e a comunicação das pessoas idosas, entende-se que o “ser velho” e “ser LGBT” perpassa por conotações elaboradas no senso comum representadas socialmente. Portanto, é importante compreender como a pessoa idosa percebe o mundo que o cerca, e como consegue, na interação com seus pares, influenciá-los e ser por eles influenciado nas formas de representar a realidade. As representações sociais se referem a um processo dinâmico em que a realidade é interpretada e traduzida por meio do grupo de referência, implicando posicionamentos individuais sobre o objeto representado (TORRES et al, 2015; BRASIL, 2013).

A representação social é uma importante ferramenta para compreender as informações, posicionamento e justifi-

cativas de ações pelos quais os sujeitos conhecem, compartilham, constroem e formam uma realidade comum. Por isso, a teoria das representações sociais reconhece o valor da dimensão subjetiva, o aspecto cognitivo do indivíduo, que segundo esta perspectiva interfere nas práticas sociais, nas atitudes e condutas relativas ao objeto da representação (BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011).

Desse modo, a teoria das representações sociais é uma proposição de base científica que busca a compreensão da apropriação, transformação e utilização de conceitos do senso comum para construir e dar significado aos processos durante a interação social, comunicação e organização de comportamentos do homem no meio sociocultural em que está inserido (MOSCOVICI, 2015; TORRES et al, 2015).

Nesse ponto, surgiu o interesse em compreender sobre a representação socialmente construída pelos idosos sobre homoafetividade na velhice, a partir da questão que norteou este estudo: Quais as representações sociais de pessoas idosas sobre homoafetividade na velhice?

A compreensão do pensamento e das práticas sociais aplicáveis à população idosa sobre homoafetividade apontam caminhos para orientar a efetivação dos cuidados em saúde, bem como, na construção e fortalecimento das relações, utilizando o suporte teórico das representações sociais. Justifica-se, assim, em alertar os gestores públicos na elaboração de políticas voltadas para as necessidades da sociedade, bem como, das minorias que padecem com atos discriminatórios ou de exclusão. Ademais, poder-se-á

aprofundar nas reflexões críticas na comunidade científica, estimulando e fortalecendo outros estudos na temática em questão, bem como, nortear as práticas de profissionais no lidar com idoso homoafetivo.

Assim, o estudo (precursor desse capítulo) objetivou analisar as representações sociais sobre homoafetividade na velhice na perspectiva de pessoas idosas. Especificamente, identificaram-se os sentidos atribuídos, descrevendo a construção da representação social sobre o fenômeno em questão a partir do entendimento dessa população.

Tratou-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa para análise dos dados. A coleta dos dados ocorreu em espaço público do município de João Pessoa/PB, que oferece atividades sociorrecreativas para população idosa. Esse espaço foi escolhido por se caracterizar como um local de frequência regular de pessoas que buscam os serviços de promoção à saúde, e conta com, aproximadamente, 683 pessoas idosas cadastradas e inscritas em diferentes atividades.

A amostragem se comportou como do tipo não probabilística, selecionada por conveniência e delimitada pelo critério de saturação dos dados. Portanto, o tamanho da amostra não foi fixado inicialmente, pois, para a compreensão do fenômeno, foi contemplado o número de casos que tornaram possível a profundidade de resposta até o limite em que se repetiu.

Contou-se com a participação de 50 voluntários a partir dos seguintes critérios de inclusão: idosos de ambos os sexos, frequentadores das atividades do clube, os quais possuíam

o entendimento das instruções básicas do instrumento e voluntariedade de participação. Foram excluídos participantes em situação de saúde física ou emocional impeditivas de responder aos questionamentos, como agudização sintomatológica de quadros patológicos e/ou comorbidades, fragilidade emocional ou Alzheimer diagnosticado.

Como instrumento para coleta dos dados foi utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), e questionário estruturado elaborado pela pesquisadora responsável, a fim de levantar dados sociodemográficos da amostra. O TALP consistiu na evocação de palavras que conduziram à ideia do sujeito respondente, denominada de estímulos indutores, que foram: “VELHO”, “LGBT” e “VELHO LGBT” (TAVARES et al, 2014).

Para aplicação dos instrumentos de coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista, registrando as informações diretamente no questionário. Ressalta-se, portanto, que o entrevistador anotou as informações no sentido de não causar constrangimento aos idosos quanto às dificuldades no processo de leitura-escrita.

Os profissionais do local encaminharam os participantes ao ambiente climatizado sem contato com outros ou de qualquer articulação externa que pudesse distrair ou interferir nas respostas. Dessa forma, o participante era esclarecido quanto ao estudo e recebia as instruções para efetivação da coleta das informações, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Mais precisamente, os voluntários selecionados, responderam aos estímulos indutores do TALP: (1) “velho me faz pen-

sar em”; (2) “LGBT me faz pensar em”; (3) “velho LGBT me faz pensar em”, expressando quatro palavras que vem à mente e indicando aquela que considerava mais importante. Por fim, foram levantados os dados sociodemográficos a saber: idade, sexo, identidade de gênero, formação educacional, situação conjugal e religião.

Este estudo cumpriu as exigências da resolução normativa nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que estabelece os critérios e procedimentos para realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). Portanto, o estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer nº 3.426.289.

Os questionamentos sobre homoafetividade na velhice não trouxe qualquer desconforto preconceituoso ou o resgate à memória de momentos agradáveis e/ou desagradáveis vivenciados pelo participante. Os benefícios deste voltaram-se para a reflexão crítica dos participantes quanto à homoafetividade na velhice, bem como favoreceu a comunidade científica no aprofundamento teórico da temática. Dessa forma, houve uma contribuição maior e robusta na práxis de profissionais no lidar com esta população em específico, bem como, ampliou os olhares da sociedade, sensibilizando quanto ao respeito, à dignidade e à igualdade merecidos pela população idosa homoafetiva.

Para a coleta de dados, foram consideradas as falas dos sujeitos para salientar o significado atribuído e foram organizados e submetidos à avaliação por meio do programa

de análises textuais, o software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ®) 0.7 alpha 2 adaptado para língua portuguesa (CAMARGO; JUSTO, 2013), conforme a classificação hierárquica descente ou método de Reinert. Os resultados obtidos após processamento e análise foram interpretados subsidiados no referencial teórico das representações sociais de Moscovici (2015).

Os dados coletados referentes ao perfil sociodemográfico foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão gratuita.

Os resultados evidenciaram a predominância do sexo feminino (86%, n=43) e idade média de 68,9 anos ($\pm 7,26$) dentre as características da amostra deste estudo, como consta o perfil sociodemográfico na Tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra, N=50, João Pessoa/PB, 2019.

Sexo	Frequência	Porcentagem
Masculino	7	14%
Feminino	43	86%
Faixa etária	Frequência	Porcentagem
60 a 69 anos	28	56%
70 a 79 anos	17	34%
80 anos e mais	5	10%

Região de origem	Frequência	Porcentagem
Nordeste	45	90%
Demais regiões	5	10%
Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Ensino Fundamental	19	38%
Ensino superior	31	62%
Religião	Frequência	Porcentagem
Católica	38	76%
Evangélica	7	14%
Espírita	1	2%
Nenhuma	4	8%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir de um corpus constituído por 50 entrevistas, os dados apreendidos pelo *software* IRaMuTeQ® 0.7 alpha 2 possibilitou a construção de 60 Segmentos de Texto (ST), com aproveitamento de 88,33% do material analisado, o que aponta pertinência para os dados coletados. Aplicando-se o método Reinert, a análise do conjunto textual baseou-se na distribuição de vocábulos, oriundos das respostas das entrevistas, sendo incorporadas por grupos semânticos pelo programa apenas as que apresentaram frequência maior que três, emergindo cinco classes, conforme ilustra o Quadro 1.

Quadro 1. Vocábulo evocados pela amostra e o valor de p segundo a CHD, N=50, João Pessoa/PB, 2019.

Classificação Hierárquica Descendente /Categoria	Vocábulo evocados	Valor de p
Classe 1: Viés religioso sobre Homoafetividade (não é coisa de Deus)	Deus Falar Idoso Querer Não Dever	< 0,0001 = 0,00021 = 0,00022 = 0,00024 = 0,02476 = 0,02936
Classe 2: Respeito a velhice homoafetiva	Velhice Respeito Nada Vida Discriminação	< 0,0001 = 0,00020 = 0,00024 = 0,03766 = 0,05793
Classe 3: Negação da existência da homoafetividade na velhice	Nunca Existir Liberdade Não Vida Idade Gay	< 0,0001 = 0,00057 = 0,00238 = 0,00554 = 0,01757 = 0,05444 = 0,06737
Classe 4: Diferenças de aceitação entre o jovem e o velho homoafetivo	LGBT Hoje Aceitar Muito Difícil Achar Dia Comum	< 0,0001 = 0,00128 = 0,00128 = 0,00621 = 0,00926 = 0,06067 = 0,06067 = 0,06067
Classe 5: Sentimentos voltados ao velho homoafetivo	Sufrimento Carência Vontade Aceitação Viver Sabedoria Experiência Escolha Discriminação	= 0,00097 = 0,00097 = 0,00097 = 0,00128 = 0,00621 = 0,00926 = 0,00926 = 0,00926 = 0,02173

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir dos dados encontrados na CHD, como descrito no quadro 1, foi possível categorizar as classes por grupo de palavras com $p < 0,005$, da seguinte forma: Classe 1 – Viés religioso sobre Homoafetividade (não é coisa de Deus); Classe 2 – Respeito à velhice homoafetiva; Classe 3 – Negação da existência da homoafetividade na velhice; Classe 4 – Diferenças de aceitação entre o jovem e o velho homoafetivo; Classe 5 – Sentimentos voltados ao velho homoafetivo.

A palavra “Deus”, mais evocada na classe 1 de relevância estatística ($p < 0,0001$), denotou que os participantes trouxeram a dimensão de que o idoso fundamenta em Deus, o motivo de não querer falar sobre o contexto LGBT ou homoafetividade. Nesse mesmo ponto de vista, a palavra “velhice”, mais evocada na classe 2 ($p < 0,0001$), estendeu a compreensão da consideração que se deve cultivar às condições próprias da velhice. O vocábulo “nunca” representada na classe 3 com significância estatística ($p < 0,0001$), remeteu à negativa acerca de ser velho e homoafetivo, retomada como negação, preconceito ou discriminação. Para a expressão “LGBT”, destacada na classe 4 com relevância estatística ($p < 0,0001$) se encontrou focada para aceitação da homoafetividade, nos dias atuais, com olhares distintos entre o jovem e o velho. Na classe 5, as palavras mais evidenciadas, “sofrimento”, “carência”, “vontade”, “aceitação”, obtiveram relevância estatística ($p = 0,001$), fomentando a representação dos sentimentos em torno da homoafetividade na velhice.

Enfatiza-se que a palavra “discriminação” ($f=13$) perpassa pelas classes 2 e 5, com relevância estatística 0,06 e 0,02, respectivamente; e a palavra “preconceito” ($f=7$) se fizeram presente na classe 3. Em outro direcionamento, os advérbios de negação ($f=104$) estiveram presentes nas classes 1, 2 e 3.

Estes fenômenos ocorridos agregam e reforçam a perspectiva da existência quanto à negação, intolerância e rejeição pelo assunto homoafetividade na velhice, evidenciado na análise com nuvem de palavras realizada pelo programa IRaMuTeQ® 0.7 alpha 2, apresentado na Figura 1, a seguir.

Figura 1. Nuvem de palavras evocadas pelos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Assim, este estudo possibilitou a compreensão de realidades partilhadas sobre homoafetividade na velhice a partir do senso comum de idosos que frequentam atividades sociorrecreativas, em espaço público, resultando em conduta negativa de rejeição ao velho LGBT.

A representação social é o caminho para interpretar a realidade de comportamentos e práticas de indivíduos que se relacionam no mesmo grupo de pertença. O grupo social constituído neste estudo foi caracteristicamente de maioria mulheres com idade média de 69 anos que frequentam um espaço público para prática de exercícios físicos e mentais.

Neste estudo se destacou a feminização da velhice que é um fenômeno mundial fundamentada nas estimativas populacionais sobre a longevidade no público feminino (ALMEIDA et al, 2015). Esse processo tem sido explicado na relação de quantidade maior de mulheres na população (nasce mais mulher do que homem); índice de mortalidade maior em homens ao longo da vida; busca por serviços que se preocupam com promoção à saúde, visto que os homens se direcionam a rede de cuidados quando precisam de terapias mais específicas devido ao avanço da doença (OLIVEIRA et al, 2015).

Em concordância com este estudo, a pirâmide etária comparativa de 2012 e 2018 apontou 3% de crescimento da faixa etária entre 60 a 69 anos do sexo feminino, com gradual evolução do grau de instrução (IBGE, 2015). Este é um cenário que emerge na população brasileira, em que as lutas de classes mobilizaram a política, com inserção de leis

que favorecem aprendizagens ressignificadas e permeiam mudanças sociais com programas de inclusão na educação.

Não desprezando a singularidade do ser, acredita-se que a escolaridade, local de origem e a religião são importantes para mapear o contexto histórico cultural em que os participantes estão inseridos e possibilitam a compreensão da ocorrência dos fatos apresentados. Neste sentido, as pessoas com diferentes graus de instrução constroem conceitos e valores distintos ao longo da história de vida, considerando a sua procedência e crenças apreendidas sobre o envelhecimento homoafetivo.

Neste estudo, predominou o nível superior de escolaridade, nascidos na região nordeste e de concepção cristã. Encontraram-se relatos que discriminam o velho homoafetivo, prevalecendo a repulsa/desaprovação entre o jovem e o velho de formas distintas. Deste modo, o nível superior de escolaridade permite o entendimento da percepção normal sobre a individualidade, igualdade e liberdade de escolha em questões afetivas de forma diferente entre o jovem e o velho.

Os participantes consideraram “normal” a existência de pessoas com orientação LGBT, como questão de igualdade e opção/escolha de vida, principalmente nos dias de hoje, em que prepondera o livre arbítrio, expressa de forma assumida e declarada pelos mais jovens sobre diferentes maneiras de viver a sexualidade a partir do laço afetivo, o que não ocorre com o velho. Ou melhor, a pessoa idosa com laços homoafetivos não se declara de forma explícita como os jovens na percepção

dos participantes, seria como se estivessem ou voltassem “ao armário” pela dupla discriminação existente.

Nesta perspectiva, houve consciência dos participantes quanto à individualidade e igualdade que necessita de respeito da sociedade, e pode-se assim, associar que esta compreensão remete ao nível de escolaridade predominante, pois as diretrizes curriculares do ensino brasileiro recomendam a discussão sobre a diversidade em sala de aula.

Em concordância com este estudo, os dados estatísticos do IBGE apontam que os brasileiros autodeclararam pertencer ao cristianismo (IBGE, 2010, 2015). Ao se deter aos relatos de que os laços homoafetivos “não é de Deus” e que está “fora da lei de Deus”, remeteu ao viés religioso dos participantes quanto às regras éticas perpetradas pela doutrina cristã. Estes sentidos atribuídos mostraram a contradição existente entre conhecimento e atitudes sobre a igualdade e individualidade, dita como “normal” e “opção de vida”, que passou ao formato da discriminação velada, justificada na religião.

Diante deste quadro, no processo de objetivação e ancoragem das representações sociais, concretizou-se a imagem mental de negação/rejeição à aceitação e existência da velhice homoafetiva neste estudo, ancorada na religiosidade, nas diferenças entre o jovem e o velho, nos sentimentos de respeito, sofrimento e de discriminação.

A representação de idosos sobre o envelhecimento e a sexualidade é marcada por duas vulnerabilidades socialmente elaboradas de forma negativa, com peso de dois tipos de discriminação: o preconceito do envelhecimento e a

assexualidade. Os estudos apontam a discriminação como um dos pilares fundamentais para a representação social sobre o envelhecimento na perspectiva da sociedade em geral e da população idosa, pois o envelhecimento é visto como a fase no ciclo da vida em que os estereótipos se sustentam nas perdas físicas, mentais, sociais e econômicas (OLIVEIRA et al, 2012; TORRES et al, 2015; DEBERT; SIMÕES; HENNING, 2016).

Os papéis sociais, valores e atitudes considerados típicos da visão binária, masculino e feminina, tendem a se misturar na velhice, gerando a ideia de ausência de sexualidade. Durante décadas, os estudos mostraram a desvalorização do erotismo e da dimensão sexual entre pessoas idosas, atrelando sentimento de culpa e vergonha, reforçando o imaginário de ser assexuado (MARAVILHA et al, 2013; CAMPOS; BERLEZI; CORREA, 2015; ROZENDO; ALVES, 2015).

As estereotípias negativas quanto à sexualidade no envelhecimento podem impactar na conduta dos idosos sem que estes percebam, pois são adquiridos na infância e se estabelecem décadas antes que seja internalizado na velhice.

Um estudo com 30 idosos objetivou conhecer as representações sociais de idosos sobre a sexualidade a partir do estímulo indutor “sexualidade”, utilizando a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Os pesquisadores encontraram que a representação da sexualidade na amostra estudada transcendeu o biológico, ao considerar as expressões “amor, respeito e carinho” no núcleo central da análise,

associadas às palavras, “sexo, companheirismo, compreensão e convivência”, como intermediários. Remete-se a refletir que para a amostra estudada, de maioria feminina, entrelaçam o amor, respeito e carinho como um discurso afetivo que não despreza a efetividade do ato sexual (QUEIROZ et al, 2015).

Outro estudo analisou as representações sociais do envelhecimento e da sexualidade de 80 pessoas com mais de 50 anos, selecionados em duas cidades do sul do Brasil (BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011). Os dados analisados no referido estudo, de acordo com a classificação léxica do programa ALCESTE, apresentaram distinções sobre envelhecimento e sexualidade. Os resultados referentes às representações sociais do envelhecimento indicaram três representações centrais sobre esse tema: (1) o envelhecimento como processo; (2) O envelhecimento como fenômeno retroalimentado por mudanças culturais e visibilidade social; (3) O envelhecimento como a fase da velhice, onde processo e fase fundem-se e ganham características semelhantes. Enquanto que, em relação às representações sociais da sexualidade, os autores verificaram que, as ideias e pensamentos dos participantes, indicaram duas representações sociais: (1) A sexualidade enquanto amor, companhia e afeto onde o sexo é complemento; (2) A sexualidade como algo existente em todas as fases da vida, onde o sexo é elemento central.

Portanto, surge um novo paradigma da representação social sobre o envelhecimento para além dos preconceitos baseados nas perdas. Focaliza-se, então, nos ganhos com

enfoque biopsicossocial e espiritual a partir do conceito de envelhecimento positivo lançado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde. Refere-se ao envelhecimento positivo ou ativo como o processo de otimização das oportunidades em relação à saúde, participação social e da segurança, ampliando a importância do papel da pessoa idosa na sociedade a medida que envelhecem (WHO, 2002; ARAUJO; CARLOS, 2018; SILVA; CAMARGO, 2018).

Para isso, o Estado e a sociedade se empenham em oferecer os meios com ações e estratégias para que a pessoa idosa continue atuante, autônoma, independente física, social e cognitivamente. Neste caso, o Estado se preocupa em assegurar e permear as ações que permitam a valorização das especificidades e diferenças da pessoa idosa, considerando as políticas que versem o respeito, ética, igualdade, justiça, equidade e dignidade social (BRASIL, 2006; 2013).

Neste sentido, se fundamenta a compreensão de temas sobre a sexualidade na velhice que interessa às minorias populacionais, bem como à comunidade científica em soluções que possibilitem práticas nas diversas áreas do conhecimento de forma mais adequada e assertiva, como a população LGBT.

Por muito tempo, a sexualidade dos corpos foi concebida com a finalidade de reprodução e procriação, biologicamente definida como, corpo sexuado de genitália masculina ou feminina. Ou melhor, o corpo feminino destinava-se a maternidade e o masculino expressava a valentia vinculada às guerras. O sentido era atribuído ao homem que protege a mulher com força, virilidade e praticidade/atividade,

enquanto a mulher era cercada de conceitos em torno da fragilidade, sensibilidade e amabilidade/passividade. Neste aspecto, os corpos vistos como binariamente heterossexuais traduziam as diferenças na essência da alma, como feminina ou masculina, determinando assim, os modos de viver a sexualidade (ROZENDO; ALVES, 2015).

O padrão heteronormativo sobre o envelhecimento e a velhice tem sido palco de estudos na gerontologia social. Segundo a visão heteronormativa, o senso comum da sociedade versa sobre a assexualidade na velhice em dissonância com os estereótipos de promiscuidade e vida sexual abundante na população LGBT, ignorando a existência de pessoas idosas homoafetivas (HENNING; DEBERT, 2015; HENNING, 2017).

No Brasil, a concepção histórica da infância e juventude vivenciada pela população idosa de orientação sexual LGBT da década de 60, diante da rejeição, perseguição, violência ou mortes, levou a internalização dos estereótipos negativos ditados pela sociedade e dessa forma, não admitindo para si mesmos ou não compartilhando sobre a orientação sexual (MOTA, 2014).

A luta desta população no Brasil foi marcada pela história política dos movimentos feministas e de liberação gay, no enfrentamento das conotações sociais e busca dos direitos humanos e à saúde no exercício pleno da cidadania com liberdade, equidade, justiça, igualdade, respeito e dignidade. As ações pioneiras desta população resultaram na criação da portaria 2.836 de 1º de dezembro de 2011, do Ministério

da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral LGBT visando promover a saúde integralizada ao Sistema Único de Saúde, reduzindo e/ou eliminando a discriminação, o preconceito e a desigualdade social (BRASIL, 2013).

O gênero é construído no contexto das relações sociais. Desta forma, a sexualidade adquire significados e valores distintos, tanto para indivíduos quanto para os segmentos sociais que as compõem. Por isso, a experiência homoafetiva é silenciada, tendo em vista o sofrimento físico e emocional dos que a vivenciam diante das relações normativas impostas pela sociedade. Estas regras existem nas interações intraindividuais, intra e intergrupais no meio sociocultural e histórico em que o indivíduo se encontra. Ou seja, em muitas situações, o indivíduo de orientação sexual LGBT se subordina às próprias regras (interação intraindividual), às regras do próprio grupo de pertença (interação intragrupal) e às regras da sociedade em geral (interação intergrupala), com consequências que afetam a saúde social, mental, e/ou física (MOTA, 2014; CAMPOS; BERLEZI; CORREA, 2015).

No Brasil, o estudo na dimensão da velhice LGBT vem crescendo timidamente. Um estudo objetivou identificar as representações sociais da velhice LGBT entre a população idosa com uma amostra de 100 voluntários, selecionadas em três estados brasileiros: Piauí, Ceará e Pará (SALGADO et al., 2017). Os resultados apontaram as representações sistematizadas em quatro classes, analisados pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD) por meio do software IRaMuTeQ®: (1) estereótipos negativos da velhice; (2)

Invisibilidade LGBT; (3) Velhice bem-sucedida; (4) Atitudes preconceituosas em relação a velhice LGBT.

Outro estudo com 300 universitários objetivou conhecer as representações sociais sobre o envelhecimento LGBT e revelaram o preconceito e a discriminação sofrida pelos idosos com consequente exclusão social em oposição ao direito de viver o estilo de vida que desejar, respeitando e assumindo direitos e deveres como cidadãos. Portanto, eles compreenderam que, na concepção destes universitários, a orientação sexual dos idosos está relacionada a uma escolha e não a uma construção social (CARLOS; SANTOS; ARAUJO, 2018).

Um estudo investigou o senso comum sobre o envelhecimento de 16 homens com idade superior ou igual a 70 anos, sendo oito homossexuais e oito heterossexuais (MARAVILHA et al, 2013). Eles observaram que a orientação sexual em si não é determinante para a formação de representações sociais distintas sobre o envelhecimento. O lugar comum, aparentemente diferentes, é a experiência da solidão, independentemente do tipo de relação conjugal que tenham construído e parecem ir além das relações afetivo-sexuais, instalando-se principalmente nas pertenças grupais ou na falta delas.

A sexualidade aparece como princípio organizador das práticas sociais que diferenciam os grupos. Para os homossexuais, as mudanças estéticas e a diminuição do vigor sexual os instigam a práticas de reparação do corpo. Para os heterossexuais, o declínio no desempenho sexual é

encarado com conformismo e naturalidade, já que a prática sexual legitimada socialmente perde sua função com o fim da capacidade reprodutiva.

Em outro estudo, observaram-se as falas de homens sobre as experiências do homoerotismo na velhice em um bar de frequência de maioria com orientação sexual LGBT e as narrativas ouvidas apontaram para uma possível ética do envelhecimento, a partir da qual os sujeitos podem conduzir e (re)inventar a vida, o corpo e o desejo (SANTOS; LAGO, 2013).

Este estudo (predecessor deste capítulo) buscou analisar as representações de pessoas idosas sobre homoafetividade na velhice fundamentada na teoria das representações sociais. As informações fornecidas possibilitaram a apreensão de representações sistematizadas em cinco classes: (1) Viés religioso sobre Homoafetividade (não é coisa de Deus); (2) Respeito à velhice homoafetiva; (3) Negação da existência da homoafetividade na velhice; (4) Diferenças de aceitação entre o jovem e o velho homoafetivo; (5) Sentimentos voltados ao velho homoafetivo.

De acordo com a teoria das representações sociais, este estudo mostrou que o mecanismo de objetivação se encontra marcada pela rejeição ao idoso homoafetivo, ancorada na crença religiosa, nos aspectos diferenciais entre o jovem e o velho homoafetivo, bem como, na sensibilização aos sentimentos enfrentados quanto ao respeito, sofrimento vivido e preconceito. Ou seja, a representação social construída pelo grupo tornou concreta a imagem simbólica da negação à existência da velhice homoafetiva respaldada na fé em Deus,

na permissividade em ser homoafetivo negada ao velho e da discriminação oculta revelada nos sentimentos de respeito e sofrimento.

A compreensão da representação social sobre homoafetividade na velhice é um desafio que precisa de aprofundamento com estudos para ampliar e fortalecer as reflexões com investigações diversificadas no meio científico que traduzam a realidade do senso comum, como aqui se propôs. Ademais, subsidia gestores na elaboração, renovação ou implementação de políticas que garantem os direitos humanos a minorias populacionais, como a pessoa idosa homoafetiva, bem como, alerta a sociedade para ressignificar e atualizar os conceitos apreendidos.

REFERÊNCIAS

1 ALMEIDA, A.V. et al. **A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social.** Textos & Contextos, 14(1):115-131, 2015. DOI: 10.15448/1677-9509.2015.1.19830. Acesso em: 22 de agosto de 2019.

2 ARAÚJO, L.F.; CARLOS, K.P.T. Sexualidade na velhice: um estudo sobre o envelhecimento LGBT. **Psicol., Conocimien y Socied**, 8(1):218-237, 2018.

3 BIASUS, F.; DEMANTOVA, A.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. **Temas em Psicologia**, 19(1):319-336, 2011.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas das pesquisas envolvendo os seres humanos. **Diário Oficial da União**, nº 12, seção 1, p.: 59, 2013.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006, 19 out.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, 1º de dezembro de 2011. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

7 CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRaMuTeQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, 21(2):513-518, 2013

8 CAMPOS, A.C.V.; BERLEZI, E.M.; CORREA, A.H.M. **O cuidado e o suporte ao idoso fragilizado: um desafio para a família e o Estado**. v. 3. Ijuí: Unijuí, 2015.

9 CARLOS, K.P.T.; SANTOS, J.V.O.; ARAÚJO, L.F. Representações sociais da velhice LGBT: estudo comparativo entre universitários de Direito, Pedagogia e Psicologia. **Psicogente**, 21(40):297-320, 2018.

10 DEBERT, G.G.; SIMÕES, J.A.; HENNING, C.E. Entrelaçando gênero, sexualidade e curso de vida: apresentação e contextualização. **Soc. e Cult.**, 19(2): 3-12, 2016.

11 HENNING, C.E.; DEBERT, G.G. Velhice, Gênero e Sexualidade: revisando debates e apresentando tendências contemporâneas. **Mais 60: estudos sobre o envelhecimento**, 26(63): 8-31, 2015.

12 HENNING, C.E. Gerontologia LGBT: Velhice, Gênero, Sexualidade e a Constituição dos "Idosos LGBT". **Horizontes Antropológicos**, 23(47): 283-323, 2017.

13 IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

14 IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>. Acesso em: 27/02/2019.

15 MARAVILHA, L.M.M. et al. As representações sociais de envelhecimento masculino e as diferentes vivências da sexualidade. **RBCEH**, 10(1): 79-91, 2013.

16 MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

17 MOTA, M.P. **Ao sair do armário, entrei na velhice...: homossexualidade masculina e o curso da vida**. Rio de Janeiro: Mobile, 2014.

18 OLIVEIRA, A.M.M. et al. Representações Sociais e Envelhecimento: uma revisão integrativa de literatura. **R. Bras. Ciência Saúde**, 16(3):427-434, 2012.

19 OLIVEIRA, M.M. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):273-278, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232014201.21732013. Acesso em: 22 de agosto de 2019.

20 QUEIROZ, M.A.C. et al. Representações Sociais da Sexualidade entre Idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, 68(4): 662-667, 2015.

21 ROZENDO, A.S.; ALVES, J.M. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. **Rev. Kairós Gerontol.**, 18(3):95-107, 2015.

22 SALGADO, A.G.A.T. et al. Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. **Ciênc. Psicol.**, 11(2):155–163, 2017.

23 SANTOS, D.K.; LAGO, M.C.S. Estilísticas e estéticas do homoerotismo na velhice: narrativas de si. **Sexual, Salud Socied – Rev. Latinoameric.**, (15):113-147, 2013.

24 SILVA, A.O.; CAMARGO, B.V. **Representações Sociais do Envelhecimento e da Saúde**. Natal: EDUFRN, 2018.

25 TAVARES, D.W.S. et al. Protocolo Verbal e Teste De Associação Livre de Palavras: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. **Ponto de Acesso**, 8(3):64-79, 2014.

26 TORRES T.L. et al. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. **Ciênc & Saúde Colet.**, 20(12):3621-3630, 2015.

27 WHO. **Active ageing: a policy framework**, 2002.
Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html>. Acesso em: 02 mar 2019.

CAPÍTULO 03

COLCHA DE RETALHOS COM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: tecendo metodologias de facilitação

*Danielly Cristiny de Veras
Cleane Rosa Ribeiro da Silva
Franklin Delano Soares Forte
Gildecil Alves de Lira*

Este texto relata a experiência de uma oficina emancipatória realizada em um grupo de promoção da saúde do idoso, envolvendo 26 idosos e profissionais, com o objetivo de discutir temas relacionados à alimentação, cultura, lazer, direitos da pessoa idosa, situações de opressão, bem como dar subsídios para que eles construam, coletivamente, meios de maior resolutividade sobre o que afeta a saúde. As oficinas permitem um espaço de reflexão, diálogo, trocas, criação e recriação, podendo ser consideradas valiosos instrumentos de empoderamento em saúde.

O que no passado era privilégio de poucos, a envelhecimento, hoje, passa a ser uma realidade mesmo nos países menos desenvolvidos, trazendo com ela, grandes desafios. Aumentar os anos de vida é importante desde que seja aliada qualidade a esses anos adicionais de vida (VERAS, 2018).

Atualmente, no Brasil há um contingente formado por mais de 28 milhões de idosos, representando 13% da

população brasileira, podendo dobrar de tamanho nas próximas décadas (IBGE, 2019). Diante da perspectiva mundial de crescimento da população idosa, a busca pela promoção da saúde nessa faixa etária surge como um desafio a ser superado na busca pelo envelhecimento ativo e saudável.

Nesse contexto, políticas públicas, devem condicionar que o aumento da expectativa de vida esteja diretamente associado à qualidade de vida da população, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes de condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) propõe que por meio de medidas coletivas e individuais de saúde e dialogando com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a autonomia e independência dos idosos seja recuperada, mantida e promovida (BRASIL, 2006).

É sabido que o enfoque preventivo mais utilizado na prática educativa realizada nos serviços de saúde, ainda hoje, está centrado em mudar comportamentos individuais, na tentativa de afastar os fatores de risco, utilizando a persuasão para esse fim. O sujeito da ação é o educador, sem considerar o educando. É preciso entender que esse modo de fazer não responde às necessidades de saúde das pessoas. Faz-se necessário trabalhar na premissa de que educadores e educandos possam ser sujeitos ativos e proativos em todo o processo, podendo intervir politicamente na busca pela saúde, articulando o processo educativo à luta por autonomia e poder, por meio de metodologias participativas, valorizando

os conhecimentos e experiências de todos, identificando e buscando soluções para problemas que surgem em suas vidas. É uma forma de trabalho pedagógico pautados no prazer, na vivência, no diálogo, na troca e na participação ativa em situações reais ou imaginárias promovendo reflexões que venham fazer sentido às situações concretas da vida (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, os construtos da educação popular têm esse compromisso com os oprimidos, partindo da concepção de que o povo já tem um saber, parcial e fragmentado. No entanto, precisa refletir sobre o que sabe e trazer esse conhecimento para a sua prática social. Dessa forma, despertando, qualificando e reforçando o potencial da organização popular em uma perspectiva solidária. (BRASIL, 2006).

No decorrer dessa vivência, consideraram-se os constructos da Educação Popular de Freire, baseados em um referencial dialógico e participativo (FREIRE, 2016) com estímulo à autonomia, liberdade, à consciência, incentivando as pessoas a assumirem responsabilidade por suas próprias vidas, refletir e agir para se tornarem mais conscientes criticamente de sua existência, tomar atitudes que influenciem positivamente seu desempenho como membro de um grupo e de uma comunidade.

Da oficina Colcha de retalhos, participaram 26 idosos. O grupo de idosos teve o início de suas ações há um ano e meio e desenvolve atividades centradas na promoção da saúde direcionadas para a mudança de comportamento para

afastar fatores de risco, onde os profissionais eram os sujeitos das ações. Nessa nova proposta, profissionais e usuários passam a ser sujeitos em todo o processo, articulando o processo de construção do saber à busca por autonomia e poder, por meio de uma metodologia participativa. Procurou-se construir relações horizontais entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

Foram incluídos na oficina idosos que frequentaram regularmente as atividades do grupo de idosos, cadastrados na Unidade Básica de Saúde investigada e em seu respectivo grupo de promoção e educação em saúde, com idade igual ou superior a 60 anos, participando do grupo há no mínimo seis meses. Foram excluídos os idosos com enfermidades neurológicas que gerem limitações cognitivas, quadros de dependência e incapacidade de se comunicar verbalmente.

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos da oficina, após isso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual autorizava a gravação em áudio, vídeos, fotos. Além disso, utilizou-se a observação participante e registro através de diário de campo das conversas informais, observações do comportamento durante as falas, manifestações dos participantes quanto aos diversos aspectos analisados, além de suas concepções pessoais, que não são estáticas, podendo se modificar ao longo do tempo (MINAYO e COSTA, 2018).

A oficina foi desenvolvida no mês de janeiro de 2019 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município do brejo paraibano. Na oficina foi construída uma colcha

com histórias e memórias com o objetivo de apresentar os integrantes do grupo, resgatando suas histórias de vida para que pudessem compartilhá-las com o grupo e assim, resgatar a autoestima, melhorar o vínculo interpessoal e valorização da história de vida de cada participante.

Foi possível observar a resistência de alguns membros do grupo às mudanças na dinâmica de funcionamento das atividades evidenciando certo desconforto em desenhar e compartilhar suas vivências.

Aos poucos, cada um foi se sentindo motivado com seu pedaço de tecido, tinta e pincel a expressarem através de um desenho livre, a representação da sua história de vida como se fosse uma fotografia, trabalhando memória, imaginação, criatividade, trabalho em grupo, sensibilidade, importância, identidade, entre outros, construindo e compartilhando suas experiências, entendendo que nós somos produto de nossa vivência, com os nossos pais e avós, cidade, bairro, pessoas que estão à nossa volta. Através da nossa vivência vamos construindo o que pode ser chamado de identidade cultural. Desse modo, a Colcha de Retalhos é uma atividade que ajuda a resgatar essa identidade, buscar nossa própria história, conhecer a nós mesmos e ao nosso redor. Essa busca pela identidade cultural, permite compreender e respeitar nossos sentimentos e o dos outros, com quem compartilhamos as experiências (BRASIL, 2006).

Essa atividade foi inspirada na bricolagem que é um método de investigação que incorpora diferentes olhares sobre um mesmo fato. Sendo possível analisar e interpretar

esses fatos a partir da diversidade, sem deixar de considerar as intencionalidades políticas existentes no dia a dia. À medida em que os fatos vão surgindo de acordo com a demanda, o processo investigatório se inicia. Na bricolagem não há roteiros, nem falas prontas, todos são sujeitos ativos no processo. (KINCHELOE, 2007).

Na bricolagem, as análises e interpretações são realizadas de forma coletiva. É o que Kincheloe (2007), chama de entretecer, ou seja, tecer juntos. O uso da palavra é intencional e não é aleatório, nem tão pouco estético. Entretecer fundamenta-se em uma concepção de investigação que se propõe a construir a partir de uma perspectiva ativa, dialógica e crítica. Tecer juntos tem o objetivo de produzir coletivamente conhecimentos, respeitando as múltiplas perspectivas (NEIRA e LIPPI, 2012).

A atividade foi realizada pela manhã na própria Unidade Básica de Saúde e teve duração de três horas. Para o desenvolvimento da oficina foram necessários tecidos de algodão, tinta para tecido e pincéis providenciados pelos facilitadores. Nesse encontro foi possível contar com a colaboração da psicóloga, a fisioterapeuta e a assistente social do Núcleo de Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), sendo possível também, a realização de uma educação permanente com esses profissionais.

Ao final, como produto dessa oficina, os retalhos confeccionados pelos idosos foram unidos com o intuito de tecer uma colcha de memórias e histórias que permaneceu exposta em todas as oficinas posteriores. Em seguida, foi

realizada uma avaliação da atividade e o planejamento do próximo encontro com o levantamento de sugestões de temas que seriam abordados na oficina seguinte sendo perceptível o desconforto dos idosos com essa inversão de papéis.

Outrossim, a oficina com base na colcha de retalhos revelou a possibilidade de promoção da saúde do grupo de idosos enquanto dispositivo de empoderamento. Essa abordagem ao empoderamento, a história de vida de cada idoso e suas experiências acumuladas ao longo da vida até o envelhecimento, criam um ambiente de apoio, considerando que o grupo se caracteriza como heterogêneo e essa diversidade entre os idosos proporciona esse suporte, promovendo espaços saudáveis importantes nesse estágio da vida, reconhecendo a necessidade de incentivar e equilibrar o cuidado consigo mesmo, na adoção de práticas saudáveis.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF), 20 out 2006.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- 3 FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.

4 IBGE. **Retratos a revista do IBGE: Caminhos para uma melhor idade.** Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

5 KINCHELOE, J.L. Redefinindo e interpretando o objeto de estudo. **Pesquisa em Educação: conceituando a bricolagem.** 1a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

6 MINAYO, M.C.S.; COSTA, A.P. Minayo & Costa: Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação.** 40(40): 139-153, 2018.

7 Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: 14a ed. Hucitec. 2015.

8 NEIRA, M.G.; LIPPI, B.G. Tecendo a colcha de retalhos: a bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional. **Educ. Real.** 37(2): 607-625, 2012.

9 THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011.

10 VERAS, R.P.; OLIVEIRA. M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva.**; 23(6): 1929-1936, 2018.

CAPÍTULO 04

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PORTADORES DE DEFORMIDADE ANTES DA PROTETIZAÇÃO BUCOMAXILOFACIAL

Jaqueline Gomes Cavalcanti

Larissa Chaves Moraes de Lima

Gabrieli Duarte Farias

Cacilda Chaves Moraes de Lima

A face desempenha um papel central no autoconceito de um indivíduo. Portanto, a mutilação facial é capaz de proporcionar inúmeras mudanças nos aspectos sociais, funcionais, estéticos e interpessoais, tendo em vista que os portadores de deformidades tendem a construir uma imagem autodepreciativa, além disso, rotineiramente são vistos de forma preconceituosa. (CARDOSO et al., 2007; ARAÚJO, 2004; SCHWANKE CHA, GOMES I, ANTUNES M T, CLOSS VE, 2010; RIFKIN et al., 2018).

Nesta perspectiva, distintos estudos têm alertado para o impacto psicossocial da deformidade do corpo, sobretudo quando ela ocorre na área bucomaxilofacial (RIFKIN et al., 2018; LIMA, 2016). Portar uma mutilação pode ocasionar baixa autoestima, altos índices de depressão e ansiedade, maior isolamento social (AZEVEDO, 2016), os quais estão intimamente ligados ao bem-estar subjetivo dos portadores desta condição e pode afetar sua qualidade de vida (QV).

O surgimento de sintomas depressivos em portadores de deformidade pode estar ligado às emoções e aos afetos negativos vivenciados pelo mesmo. A depressão é considerada um fenômeno complexo e multidimensional que afeta o equilíbrio mental, a qualidade de vida e a sociabilidade do indivíduo como um todo. Diz respeito a um dos distúrbios patológicos mais prevalentes mundialmente, inclusive apresentando-se como fator de risco para suicídios (FRADE et. al, 2015; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; NÓBREGA et al., 2015; CRUWYS, HASLAM, DINGLE, HASLAM; JETTEN, 2014).

Esta doença pode ser ainda mais prevalente em indivíduos na sexta década de vida, despertando interesse de diversos estudiosos sobre essa temática (BALDAÇARA et al., 2018; DANTAS et al., 2018; FRADE et. al, 2015; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; NÓBREGA et al., 2015; PRATA et al., 2017; STOPA et al., 2015; NERY ET AL., 2018). Considerando o envelhecimento como uma importante condição precursora para a crescente incidência de depressão, quando o indivíduo é portador de uma deformidade, tais sintomas podem ser evidenciados, tendo em vista as implicações negativas gerada.

Estudos apontam ainda para impactos da deformidade em construtos relacionados ao bem-estar subjetivo (KUSTERER ET AL. 2012; LIMA, 2014), que é um indicador significativo do padrão psicológico ou subjetivo da qualidade de vida. Além disso, é tido como satisfação, felicidade, estado de espírito e afeto positivo. Este fator compete, normalmente, às análises que os indivíduos realizam sobre suas próprias vidas. (GIACOMONI, 2004; SCORSOLINI-COMIN, 2012).

Sendo assim, por ser um construto intimamente ligado aos aspectos concernentes à QV e embora não se verifique um estudo direcionado especificamente à variável BES, pode-se citar algumas investigações em torno da QV de portadores de mutilações. Acerca disso, o estudo proposto por Kusterer et al. (2012), com portadores de lesões derivadas de procedimentos cirúrgicos odontológicos, verificou comprometimento da QV, em contrapartida, ao realizar a reabilitação com a prótese obturadora de palato, houve um acréscimo na QV.

Do mesmo modo, a pesquisa desenvolvida por Lima (2014) com adultos e idosos portadores de deformidades na face e cavidade bucal constatou um impacto positivo significativo da reabilitação bucomaxilofacial na qualidade de vida, sobretudo no que se refere ao domínio psicológico, para o grupo de adultos. Quando considerado o grupo de idosos, o impacto mais acentuado se deu nos domínios Habilidades Sensoriais e Participação Social.

Assim, considerando as distintas implicações negativas ocasionadas pela deformidade, portadores de mutilações têm buscado alternativas para obter uma maior aceitação pessoal e social. Uma dessas possibilidades tem sido o uso de próteses, pois elas reproduzem detalhes anatômicos importantes. Tal estratégia está associada a melhoria dos fatores nutricionais, da autoimagem, da autoestima e da qualidade de vida dos pacientes. (LIMA, 2014; CHHINA et al., 2017; KATSOULIS et al., 2013; ATAY et al., 2013; KILINC, ERTAS, 2015; BRIGNONI, DOMINICI, 2001; NICHTHAUSER et al., 2017).

Não obstante, são apontados impactos positivos da prótese, entendendo-se que com a protetização os pacientes experienciam um processo de reintegração da imagem corporal (NEVES ET AL., 2004), o que implica “reorganizar a percepção do self em uma unidade mais uma vez aceitável” (RUMSEY ET AL., 2004). Destarte, conforme observado no estudo de Lima (2014) embora os índices de depressão dos portadores de deformidades tenham diminuído após a prótese, o percentual de depressão ainda se manteve acima de 5 % para depressão maior e acima de 20% para depressão menor.

Tais achados apontam para a necessidade de um acompanhamento psicológico antes, durante e após instalação da prótese. Acerca disso, Silva et al. (2016) destacaram que embora sejam ressaltados na literatura aspectos psicossociais em torno das deformidades, médicos, cirurgiões dentistas, incluindo cirurgiões bucomaxilofaciais, ainda negligenciam a importância da intervenção psicossocial ou do encaminhamento a profissionais da saúde mental. Segundo esses autores, uma das principais razões relatadas pelos profissionais seria o receio de uma reação negativa por parte dos pacientes.

Não obstante, autores recentemente alertam para a necessidade desse acompanhamento, de modo que, o suporte psicológico pode auxiliar os pacientes em todo o tratamento, desde o suporte nas mudanças físicas e emocionais ocorridas após a deformidade, como no impacto secundário da hospitalização, cirurgia e de tudo o que está envolvido nesta

fase. Nesta direção, o profissional de saúde mental pode cooperar com o médico, dentista e o cirurgião maxilofacial em diferentes situações, a saber: na compreensão das causas da insatisfação/satisfação por parte do paciente, as possíveis reações perante o tratamento, além de como melhorar a forma de lidar com todo este processo (SILVA, 2016).

Finalmente, chama atenção ainda o fato de que as pesquisas direcionadas a avaliar aspectos psicológicos dos indivíduos mutilados, em geral, não são produzidas no campo da Psicologia, mas em outras áreas. Além disso, verifica-se uma escassez quanto a pesquisas em torno do idoso que possui deformidade facial extrabucal e/ou intrabucal (LIMA, 2014; CAMELO, BARRETO, 2016; RODRIGUES et al., 2015; BRAGA et al., 2015). Ademais, convém destacar que se verifica pouco interesse pela variável bem-estar subjetivo.

Neste direcionamento, a pesquisa que originou este capítulo, buscou avaliar a depressão, a autoestima e autoimagem; e o bem-estar subjetivo em idosos portadores de deformidades bucomaxilofaciais antes da protetização.

Dessa forma, desenvolveu-se uma pesquisa descritiva, analítica e quantitativo com uma amostra de 23 portadores de deformidade bucomaxilofacial no intervalo de idade entre 40 a 83 anos (média de 55 anos; DP=18,26), que recorreram ao serviço de reabilitação bucomaxilofacial no Hospital Universitário Lauro Wanderley do Estado da Paraíba (Brasil). Foram incluídos na pesquisa indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos que apresentaram indicação e condições clínicas de reabilitação através de próteses bucomaxilofaciais. Além disso, foi condição

necessária a assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram impedidos de participar, os pacientes com estado de saúde geral insatisfatório e/ou afetado por problemas cognitivos que o impossibilitasse de responder de forma eficiente aos questionários, assim como todo participante que durante o estudo piorasse o seu estado de saúde geral e aqueles que desistissem de participar da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética de acordo com a Resolução 466/2012 e 510/2016, que trata de pesquisas e testes em seres humanos. Para coleta de dados os indivíduos foram solicitados a responder a um questionário. Antes de iniciar a pesquisa, o respondente foi esclarecido quanto ao objetivo do estudo e orientado sobre o caráter voluntário e confidencial. A coleta ocorreu em uma sala climatizada e confortavelmente acomodada, com tempo de duração médio para preenchimento de 15 minutos. Para tanto, foram utilizados alguns instrumentos, abaixo elencados:

- 1) *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage*. Essa escala foi desenvolvida por Yesavage e colaboradores em 1983 e consiste em 15 perguntas com respostas simples, cada resposta depressiva equivale a um ponto. Os escores variam de 0 a 15, de modo que indivíduos com até 5 pontos não apresentam sintomatologia; entre 6 e 10, sintomatologia menor; e com 11 ou mais, sintomatologia depressiva severa.
- 2) *Escala de Autoestima de Rosenberg*. Foi desenvolvida originalmente por Rosenberg em 1965, contém dez tópicos, no qual cinco correspondem as visões positivas

e cinco as visões autodepreciativas sobre si mesmo. Os indivíduos devem responder de acordo com uma escala Likert de cinco pontos, que se encontra da seguinte forma: 1(Discordo totalmente), 2(Discordo), 3(Nem concordo, nem discordo), 4(Concordo), 5(Concordo totalmente).

- 3) *Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)*. Consiste em evocar cinco palavras relacionadas à indutora (deformidade, prótese; e “eu mesmo”). Constituem as denominadas técnicas projetivas, direcionada pela hipótese de que a condição psicológica da personalidade do indivíduo passa a ser consciente, através de revelações de conduta, evocações, reações, escolhas e criação. (NÓBREGA; COUTINHO, 2008).
- 4) *Escala de Satisfação com a Vida (ESV)*. O instrumento original foi desenvolvido por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e avalia o elemento cognitivo do bem-estar subjetivo, dimensionando o quanto as pessoas estão satisfeitas com suas vidas. Foi validada com estudantes universitários, obteve Alfa de Cronbach de 0,87, explicando 66% da variância total do construto. Adaptada e validada para o contexto paraibano por Albuquerque *et al.* (2007), numa amostra de 284 idosos, com Alfa de Cronbach de 0,76, e com variância de 53%, confirmando a estrutura unifatorial da escala. É constituída por cinco domínios que investigam os elementos cognitivos do bem-estar subjetivo, como retratado nas seguintes frases: “Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal”; “se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria

quase nada na minha vida". Na qual é respondido de acordo com uma escala de sete pontos, sendo as extremidades designadas 1 (Discordo totalmente) e 7 (Concordo totalmente).

- 5) *Escala de Afetos Positivos e Negativos*. Foi elaborada por Zanon, Bastianello, Pacico e Hutz (2013), composta por 20 itens, com dois fatores que representam sentimentos e emoções remotas e atuais dos sujeitos, como demonstradas a seguir: "*Muitas vezes, eu fico nervoso*", "*Me sinto confiante no dia a dia*", "*Fico zangado quando sou contrariado*", com consistência interna (coeficiente alfa) de 0,83 para afeto positivo e 0,77 para afeto negativo. Cada item é avaliado por uma escala Likert de cinco pontos, ao passo que se torna mais próximo de cinco, o item retrata de forma mais fidedigna o participante, quanto mais perto do um, menos o item descreve o participante. Entendendo que os indicadores possuem correlação inversa, ou seja, quanto maior o nível de afetos positivos, menor será o afeto negativo.

Os dados foram digitados e analisados pelo IBM-SPSS (v.20), sendo realizadas análises descritivas e inferenciais, como percentual, média, frequência, *missing value analysis*, correlação de Pearson, *test student*.

Os resultados indicaram o perfil das pessoas adultas tardias e idosos participantes do estudo, os quais são expostos na tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Caracterização amostral (n=40)

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	9 (37,5)
Feminino	14(48,3)
Faixa etária	
Adultos (40-60 anos)	14(48,3)
Idosos ($\geq$ 60 anos)	9(37,5)
Estado civil	
Casados	9(37,5)
Não casados	14(62,5)
Nível de escolaridade	
Analfabeto	6(25,0)
Ensino fundamental	10(41,7)
Ensino médio	3 (12,5)
Ensino superior	4 (16,7)
Renda mensal	
Até 1 mil reais	19(79,9)
Acima de 1 mil reais	5 (20,1)
Religião	
Católico	14 (58,3)
Evangélico	4 (16,7)
Outras	4 (16,7)
Local da deformidade	
Nariz	2(8,4%)
Globo Ocular	15(62,5%)
Palato duro	3(12,5%)
Pele infra-orbitária	1(4,2%)
Região geniana	1 (4,2%)
Causa da deformidade	
Acidente	5(20,8)
Câncer	12 (50,0)
Violência	2 (8,3)
Cirurgia	2 (4,2)
Parto	1 (4,2)
Glaucoma	2 (8,3)

Assim como se verifica na tabela, a maioria dos participantes são mulheres (48,3%), adultos (48,3%); não casados (62,5%), católicos (58,3%). Também se verifica que o maior percentual dos participantes tinha o ensino fundamental (41,7%), e recebiam até um salário mínimo (79,9%). Tal perfil aponta para a vulnerabilidade social, como baixa renda e baixa escolaridade, apontando para a importância da oferta de serviços assistenciais para esse grupo. Acerca disso, Visser et al., (2018) destacaram que tais características podem aumentar o risco de adoecimento, tendo em vista que pessoas de maior renda e escolaridade têm mais acesso às informações acerca de condições necessárias para a qualidade de vida e saúde.

No que diz respeito ao local da deformidade, a região do globo ocular foi a mais prevalente (62,5%), seguido da região do palato duro (12,5%), nariz (8,4%), pele infraorbitária (4,2%) e região geniana (4,2%).

Quanto às causas da deformidade, a maioria dos participantes reportaram o câncer (50%) como principal razão, aspecto esse que está coerente com os resultados obtidos por Formigosa, Costa e Vasconcelos (2018) que informam que deformidades de origem oncocirúrgicas, como por exemplo o carcinoma de células escamosas (CCE), são prevalentes, principalmente após os 40 anos de idade.

Não obstante, as origens das deformidades bucomaxilofaciais podem estar associadas a diferentes etiologias: congênitas, aquelas ocasionadas pelos distúrbios do desenvolvimento, assim como, por má-formação; traumáticas, decorrentes de acidente de trânsito, trabalho e

intencionais. Ou ainda, de forma adquirida, proporcionadas por lesões patológicas, como as doenças oncocirúrgicas e necrosantes. (BARDAÇARA et al., 2018; CRUWYS et al., 2018; TOMAZZINI et al., 2015).

Em relação aos dados referentes à medida da *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage*, observou-se que 87,5% da amostra obtiveram mais de cinco pontos no escore da escala sintomatologia depressiva, ou seja, apresentaram sintomatologia depressiva, com uma média de 8,17. Quando considerado níveis de sintomas, verificou-se que 66,7% apresentaram sintomas depressivos leves; enquanto 20,8%, graves, assim como observado na Tabela 2.

Tabela 2. Classificação de acordo com EDG – 15

Classificação	N	%
Escore 0-5	2	8,3
(sem sintomatologia depressiva)		
Escore 6-10	16	66,7
(sintomatologia depressiva leve)		
Escore 11-15	5	20,8
(sintomatologia depressiva severa)		

Conforme os resultados apresentados, verificou-se um percentual elevado de adultos idosos (87,5%) com sintomatologia depressiva. Esse alto índice era esperado, uma vez que, estudos vêm demonstrando ser

a depressão prevalente no contexto do envelhecimento, tendo em vista que com o passar dos anos são apontadas um declínio na capacidade funcional, comportamental, cognitiva dos indivíduos, além disso, há um aumento do uso de medicamentos, os quais alguns podem favorecer o aparecimento dessa sintomatologia (BALDAÇARA et al., 2018; DANTAS et al., 2018; FRADE et. al, 2015; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; NÓBREGA et al., 2015; PRATA et al., 2017; STOPA et al., 2015; OLIVEIRA ET AL., 2018).

Considerando que o envelhecimento é um fator de risco que predispõe a depressão, quando se é portador de uma deformidade, tais sintomas podem ser ainda mais evidenciados, tendo em vista as implicações negativas geradas por tal condição. A despeito disso, o índice encontrado no estudo corrobora com o estudo realizado por Lima (2014), que ao utilizar o instrumento Yassavage, encontrou índices de sintomas depressivos similares, em torno de 83%.

Ainda sobre as taxas de sintomatologia encontradas, convém destacar que a grande maioria dos participantes apresentou sintomas leves (66,7%), em seguida, sintomas depressivos severos (20,8%). Tais resultados são mais elevados dos que os encontrados no estudo com idosos de Frutoso (2017), o qual apontou 39,1% para sintomas leves e 8,7% para severos. Todavia, vale salientar que essa diferença pode estar relacionada ao fato dos participantes do atual estudo apresentarem duplo fator de risco para sintomas depressivos: a idade e deformidade.

No que se refere aos resultados das demais escalas utilizadas: Autoestima de Rosenberg; Autoimagem; Afetos positivos e Negativos e Satisfação com a vida, buscou-se conhecer as médias dos participantes para essas medidas. Tais resultados podem ser verificados na Tabela 3.

Tabela 3. Médias dos instrumentos utilizados

Instrumentos	Média da Pontuação total
Autoestima de Rosenberg	29,65
Autoestima e autoimagem de Stobaus	134,87
Afetos Positivos	39,61
Afetos Negativos	32,04
Satisfação com a vida	24,35

No que tange à Escala de autoestima de Rosenberg, a pontuação média obtida de 29,65 foi inferior a obtida por Meurer et al (2012), a qual encontrou na população de idosos uma média de 35,10. Por sua vez, na medida de autoestima e autoimagem, a pontuação média obtida no presente estudo também ficou abaixo do encontrado por outros estudos, como por exemplo o de Lima (2014) que encontrou uma média de 169,3. No que concerne ao bem-estar subjetivo (afetos positivos e negativos e satisfação com a vida) observou-se as pontuações médias respectivas: 39,61 e 32,04; e 24,35.

De um modo geral, verificou-se que o objetivo do estudo (precursor deste capítulo), de avaliar a depressão, a autoestima e autoimagem; e o bem-estar subjetivo em idosos portadores de deformidades antes da protetização bucomaxilofacial foi atendido.

Os dados sugeriram que a região ocular foi a mais comprometida pelas deformidades bucomaxilofaciais. Ademais, observou-se um alto percentual de sintomatologia depressiva nos participantes (87,5%). Embora a maioria esteja dentro de níveis leves (66,7%), um número significativo apresentou sintomas depressivos graves (20,8%).

Apesar de achados importantes, não se pode deixar de mencionar algumas limitações do estudo. A primeira diz respeito à escassez de literatura acerca da temática, sobretudo incluindo o grupo de idosos mutilados na região da cabeça e/ou pescoço. Ressalta-se também o número pequeno da amostra, em razão da sua característica específica (possuir deformidade), além do fato da coleta de dados apenas ser possível no dia do serviço (uma vez na semana).

Ademais, esta pesquisa aponta para a importância da avaliação e acompanhamento psicológico do portador de deformidade antes, durante e após reabilitação, uma vez que se apresenta como uma população de risco para depressão e isolamento social. Neste sentido, considera-se que a atuação da equipe multidisciplinar é de suma importância para o restabelecimento da qualidade de vida e da incorporação social desses adultos e idosos.

REFERÊNCIAS

- 1 ATAY, A. et al. Assesment of health-related quality of life in Turkish patients with facial prostheses. **Health and quali of life outc.**; 11(11):1-9, 2013.
- 2 AZEVEDO, I.F.M. **Qualidade de vida, imagem corporal e autoestima de pacientes com sequelas bucomaxilofaciais candidatos à reabilitação protética.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- 3 BALDAÇARA, L. et al. Emergências psiquiátricas nos idosos. Estudo epidemiológico. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 57, n. 1, p. 11-18, 2018.
- 4 BRAGA, I.B. et al. A percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Id on Line Revista de Psicologia**, v. 9, n. 26, p. 211-222, 2015.
- 5 BRIGNONI, Rene; DOMINICI, John T. An intraoral-extraoral combination prosthesis using an intermediate framework and magnets: a clinical report. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 85, n. 1, p. 7-11, 2001.
- 6 CAMELO, L.G; BARRETO, S.M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 280-293, 2016.
- 7 CARDOSO, M. S., et al. Implicações psicossociais em pacientes com perda do globo ocular. **Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac**, 7.1: 79-84, 2007.

- 8 CHHINA, H. et al. Qualidade de vida de crianças com deformidades nos membros inferiores: revisão sistemática dos resultados relatados pelos pacientes e desenvolvimento de um quadro conceitual preliminar. **Jornal de Alongamento e Reconstrução de Membros**, v. 3, n. 1, p. 19 de 2017.
- 9 COSTA, E.F. et al. Um estudo qualitativo das dimensões das percepções dos pacientes sobre a desfiguração facial após cirurgia de câncer de cabeça e pescoço. **Cuidados Especiais em Odontologia**, v. 34, n. 3, p. 114-121, 2014.
- 10 CRUWYS, T. et al. Depressão e identidade social: uma revisão integrativa. **Personality and Social Psychology Review**, v. 18, n. 3, p. 215-238, 2014.
- 11 DANTAS, C.M.G et al. Depressão, Déficit Cognitivo E Fatores Associados à Desnutrição em Idosos com Câncer. **International Journal of Nutrology**, v. 11, n. S 01, p. Trab285, 2018.
- 12 DIENER, E. D. et al. The satisfaction with life scale. **Journal of personality assessment**, v. 49, n. 1, p. 71-75, 1985.
- 13 DHOOPER SS. Social Work with laryngectomees. **Health and social work**, 10;217- 227, 1985.
- 14 FIGUEIREDO, Nancy Gurgel, et al. **O impacto da mutilação facial do ponto de vista psicossocial e os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes para atenuarem a perda.** Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, 2005.
- 15 FORMIGOSA, J.A.S; COSTA, L.S; VASCONCELOS, E.V. Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (Online), v. 10, n. 1, p. 180-189, 2018.

16 FRADE, J. et al. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 4, p. 41-49, 2015.

17 FREITAS, B.F; OLIVEIRA, A.G. **Reabilitação oral de paciente portador de deformidade orofacial ocasionada por neoplasia maligna**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

18 GIACOMONI, Claudia Hofheinz. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004.

19 GULLICH, I.; DURO, S.M.S; CESAR, J.A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 691-701, 2016.

20 KATSOULIS, J. et al. Prosthetic Rehabilitation, Implant Survival and Quality of Life 2 to 5 Years after Resection of Oral Tumors. Prosthetic Rehabilitation after Tumor Resection. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, 15(1),64-72, 2013.

21 KILINC, A.; ERTAS, U. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com deformidades de classe III tratados com cirurgia ortognática. **Revista de Cirurgia Bucomaxilofacial** , v. 73, n. 7, p. 1394. e1-1394. e5, 2015.

22 KUSTERER LEFL, PARAGUASSU GM, SILVA VA. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, 12(4):9-16, 2012.

23 LIMA, C.C.M. et al. **Impacto da reabilitação bucomaxilofacial sobre o estado nutricional, sintomas**

depressivos, autoimagem, autoestima e qualidade de vida em adultos e idosos. Tese de Doutorado. PUC do RS. Porto Alegre, 2014.

24 LIMA, Larissa Chaves Morais de. **Perfil de pacientes com deformidades bucomaxilofaciais de origem oncológica em um serviço de reabilitação.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). UEPB. Campina Grande, 2016.

25 MEURER, Simone Teresinha et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de ciências do esporte**, 34.3, 2012.

26 NERY, B.L.S. et al. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

27 NICHTHAUSER, B. et al. Confeção e instalação de próteses buco maxilofaciais em pacientes do centro de especialidades odontológicas da universidade do estado do Amazonas – um relato da experiência. **Extensão em Revista**, v. 1, n. 1, p. 112-118, 2017.

28 NÓBREGA, I.R.A.P et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 536-550, 2015.

29 OLIVEIRA, B.S. de et al. **Prótese Bucomaxilofacial na Reabilitação de Pacientes com Tumores de Boca: Análise de Casos e Impacto na Qualidade de Vida.** Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Odontologia). UFSC. Florianópolis, 2016.

30 OLIVEIRA, J.M.B et al. Envelhecimento, saúde mental e suicídio. Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 488-498, 2018.

31 DA PAZ, M.G.; DE SOUZA, J.C.; DE OLIVEIRA, F.M.. Perfil da resiliência em indivíduos com amputação de membro inferior. **Acta fisiátrica**, 25.2., 2018.

32 PRATA, H.L. et al. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, 2017.

33 RIFKIN, W. J. et al. Desfiguração facial e identidade: uma revisão da literatura e implicações para o transplante facial. **Revista de Ética da AMA**, 2018.

34 RODRIGUES, L.B. et al. Avaliação da qualidade de vida sexual entre idosos participantes de um grupo de convivência e lazer. **Memorialidades**, v. 11, n. 21, p. 105-132, 2015.

35 RUMSEY, Nichola et al. Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. **Journal of advanced nursing**, v. 48, n. 5, p. 443-453, 2004.

36 SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Por uma nova compreensão do conceito de bem-estar: Martin Seligman e a psicologia positiva. **Paidéia**, v.22, n. 53, p. 433-435, 2012.

37 STOPA, S.R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170-180, 2015.

38 TOMAZONI, L.; GODINHO, B. Refúgio E Mutilação Genital Feminina. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 1, n. 2, p. 125-125, 2015.

39 YESAVAGE, J. A. et al. The Geriatric Depression Rating Scale: comparison with other self-report and psychiatric rating scales. **Assessment in geriatric psychopharmacology**, p. 153-167, 1983.

40 ZANON, Cristian et al. Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.

CAPÍTULO 05

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO PARA PESSOAS IDOSAS DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Olívia Galvão Lucena Ferreira

Haydeê Cassé da Silva

Íria Raquel Borges Wiese

O presente artigo foi desenvolvido a partir de banco de dados coletados durante o doutorado de uma das autoras no ano de 2015, cuja tese intitula-se Representações sociais sobre envelhecimento ativo de pessoas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Trata-se, portanto, de um recorte deste trabalho no sentido teórico e metodológico, não obstante com objetivo e análises até então não explorados e discutidos.

Nas últimas décadas, o envelhecimento tem se configurado como um assunto bastante discutido, não apenas no Brasil, mas globalmente. As discussões enfocam o rápido aumento da população com mais de 60 anos, segundo critério da Organização Mundial de Saúde. Esse fenômeno tem sido considerado um problema pela falta de respostas sociais voltadas para o envelhecimento populacional, o que tem exposto as pessoas idosas a vulnerabilidades, com importantes implicações nas condições de saúde e socioeconômicas da população mundial (FERREIRA *et al.*, 2010).

O fenômeno em questão deve-se a alguns fatores, entre eles, a queda da mortalidade, avanços tecnológicos no campo da saúde, que preveniram e/ou curaram muitas doenças. Ao mesmo tempo, pode ser explicado em função dos progressos na qualidade de vida, como a urbanização e o saneamento das cidades, acarretando uma ampliação na expectativa de vida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Nessa direção, outra variável explicativa que pode ser considerada neste cenário é o declínio da fecundidade. Tendo em vista a facilidade de acesso à educação e à saúde, aos programas de contracepção e a sua maior inserção no mundo de trabalho, as mulheres passaram a ter menos filhos, denotando uma tendência de famílias cada vez menores (REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2016).

De acordo com Papaléo Netto (2002, p. 45) o envelhecimento humano é: “um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações (...) que determinam perda (...) da capacidade de adaptação (...) ao meio ambiente”.

Observa-se que essas mudanças nas funções orgânicas ao longo do envelhecimento humano são comuns às populações, variando de ritmo entre pessoas da mesma idade. Essas diferenças decorrem de condições de vida e de trabalho desiguais, levando-se em consideração os múltiplos contextos vivenciados pelas pessoas idosas (FERNANDES *et al.*, 2011).

Mesmo considerando a multiplicidade de contextos, é imprescindível ressaltar que a idade cronológica não é um marcador exato para as mudanças que seguem o processo de

envelhecimento, tendo em vista as idiossincrasias individuais no que diz respeito ao estado de saúde, participação e níveis de independência. Nesse sentido, verifica-se que o processo de envelhecimento é compreendido como um fenômeno biopsicossocial experienciado por cada pessoa conforme suas referências pessoais, políticas, culturais e socioeconômicas. (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Apesar das mudanças anteriormente referidas, o envelhecimento pode ser vivenciado de modo positivo e com qualidade de vida. Assim, alguns recursos podem ser ativados de forma a compensar as perdas decorrentes desse processo, como, por exemplo, a resiliência. As pessoas idosas devem ser estimuladas a perceberem suas capacidades, sendo valorizadas pelas experiências vividas ao longo da vida, de modo que o idoso tenha uma maior participação na sociedade. Nessa direção, deve-se ter como objetivo o desenvolvimento de estratégias que proporcionem um envelhecimento saudável e ativo, entendido como um processo de potencialização das oportunidades de participação, saúde e segurança (FONTES; NERI, 2015).

A promoção do envelhecimento ativo depende de vários determinantes interdependentes entre si e que envolve tanto os indivíduos, como a família e a sociedade. São eles: serviços sociais e de saúde, comportamentos, individuais, sociais e econômicos, bem como o ambiente físico, os quais são influenciados pela também pela cultura e pelo gênero. Não é possível atribuir uma relação de causalidade a nenhum desses fatores. Entretanto, aponta-se que seja referenciais

para a compreensão de como as populações envelhecem (OMS, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), a cultura e as tradições de uma sociedade exercessem uma importante influência no modo pelo qual as pessoas envelhecem e representam essa etapa da vida. Em regiões da Ásia, observa-se uma valorização de famílias grandes e a convivência intergeracional. Em outras sociedades, mais especificamente nas ocidentais, o envelhecimento tem sido comumente vinculado a perdas, improdutividade e doenças. Desse modo, os fatores culturais podem refletir sobre os comportamentos e atitudes frente ao processo de envelhecer.

Deve-se levar em consideração o gênero, enquanto fator que influencia outros determinantes do envelhecer saudável, no desenvolvimento de ações por parte dos gestores e profissionais de saúde. Ou seja, as diferenças culturalmente construídas acerca dos papéis sociais desempenhados por homens e mulheres e suas necessidades sociais e de saúde (BACKSTROM, 2012).

Além da diversidade de gênero, as políticas públicas e os programas sociais devem atentar para a diversidade cultural existente entre os países, dentro do próprio país e entre as regiões, no sentido de desmistificar estereótipos que são contrários ao bem estar dos povos. E, por outro lado, sopesar a existência de valores universais que transcendem a cultura, como a ética e os direitos humanos (FARIAS; SANTOS, 2012; OMS, 2005).

Nesse sentido, tornam-se relevantes estudos que busquem aprofundar o conhecimento sobre o envelhecimento

ativo, de modo que as definições entre as políticas públicas, os profissionais de saúde e as próprias pessoas que envelhecem sejam alinhadas. O resultado desse alinhamento é a implementação de ações e estratégias mais assertivas para a promoção do envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Alguns estudos apontam que o envelhecimento saudável e ativo é percebido pelas pessoas idosas de maneira ampliada e multifatorial e está relacionado às condições de vida e oportunidades as quais os indivíduos estiveram expostos ao longo da vida. Suscintamente, pode-se dizer que são referidas as condições físicas, psicológicas e sociais como fatores ligados ao envelhecimento saudável. (SALAZAR-BARAJAS *et al.*, 2018; BROWN; BOND, 2016; VALER *et al.*, 2015; KARLINSKI; FRASSETTO, 2013)

Entretanto, ainda existe uma relativa escassez de estudos que busquem compreender o significado do envelhecimento ativo na percepção de pessoas idosas de diferentes contextos. Desse modo, destaca-se a relevância de estudos cujos objetivos sejam identificar as representações sociais de pessoas idosas sobre o envelhecimento ativo para a compreensão das necessidades dessa população. Consequentemente, essa compreensão pode subsidiar intervenções voltadas para a promoção da qualidade de vida e um envelhecimento positivo e ativo, bem como contribuir com os profissionais de saúde na eficácia do atendimento a esse público.

Este estudo teve como aporte a Teoria das Representações Sociais, que consistem em sistema de interpretações da

realidade, formado por processos sócio cognitivos implicados nas relações dos indivíduos com o seu redor, suas condutas e comportamentos no meio social (MOSCOVICI, 2012). No campo da saúde, em particular, esta teoria tem se destacado, pois permite analisar diferentes objetos/fenômenos de estudos.

Frente ao exposto, este estudo levantou o seguinte questionamento: Quais as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas de um centro de convivência? As respostas a esse questionamento, objeto da presente pesquisa, podem subsidiar estratégias para o aprimoramento de políticas públicas voltadas para a população idosa, lançando outros olhares para a sua assistência. Portanto, este estudo objetivou analisar as representações sociais sobre o envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas participantes de um centro de convivência para idosos.

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa dos dados, com ênfase nas falas dos participantes, ou seja, idosos que frequentam um grupo de convivência, para apreensão de dimensões simbólicas sobre o envelhecimento ativo na perspectiva destes. Utilizou-se, para tanto, o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais.

A coleta dos dados ocorreu em um Centro de Convivência do Idoso, localizado no município de João Pessoa/PB. A população pertencia ao universo de pessoas idosas participantes do referido centro de convivência. A amostra

foi do tipo não probabilística e delimitada pelo critério de saturação dos dados. Como critérios de inclusão da amostra foram considerados: idosos de ambos os sexos frequentadores do centro de convivência para idosos, com idade igual ou acima de 60 anos, cognição preservada e voluntariedade de participação. Foram excluídos os participantes em situação de saúde física ou emocional impeditivas de responder aos questionamentos.

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM), empregado para a seleção da amostra como critério de inclusão. Trata-se de um questionário de 30 pontos usado para avaliar perdas cognitivas, com a seguinte classificação: perda cognitiva grave (escore ≤ 9); moderada (escores entre 10 a 20); leve (escores entre 21 a 24); normal (escore ≥ 25). Portanto, foi considerado como ponto de corte leve e normal por entender que este grupo apresenta potencial de entendimento para responder aos questionamentos.

Foi utilizado o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP), contemplado a palavra-indutora: «Idoso Ativo», onde os pesquisados receberam a orientação para responder de forma espontânea ao estímulo proposto, sendo instigado a evocar 04 palavras que lhe viessem à mente quando lembra «Idoso Ativo» e apontar uma evocação mais importante dada para cada estímulo.

E por fim, foi realizada uma entrevista semiestruturada em duas etapas. A primeira contendo variáveis sociodemográficas: idade, sexo, local de nascimento, estado civil, informa-

ção sobre moradia e arranjo familiar, religião, escolaridade e ocupação atual. Na segunda parte, foi abordada uma questão subsidiada na Teoria das Representações Sociais (O senhor se considera um idoso ativo? Por quê?).

Essa pesquisa é um recorte dos dados que foram coletados na tese intitulada: Representações sociais sobre envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/AIDS, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, na 4ª Reunião Ordinária, realizada em 19/05/2016, sob nº do protocolo 0392/14, devidamente cadastrado na plataforma Brasil (CAAE nº 33529514.2.0000.5188). Foram obedecidos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A participação dos indivíduos foi voluntária, sendo esclarecidas antes todas as suas dúvidas e só se dava de fato após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados coletados no TALP e na entrevista semiestruturada foram submetidos à análise de conteúdo temática proposta por Bardin (BARDIN, 2004). Na primeira etapa foi realizada a leitura flutuante e constituição do *corpus*, composto por 24 entrevistas. Em seguida, foram selecionadas as “unidades de análise, considerando-se unidades de contexto, os parágrafos e unidades de análise as frases” (BARDIN, 2004). Seguidamente realizou-se o recorte, a codificação e a categorização, resultando em cinco categorias: Manutenção da independência funcional e autonomia; Trabalho e atividades domésticas; Comportamento saudável;

Valorização do lazer e socialização; Bom estado mental e espiritual.

Os dados do perfil sociodemográfico foram analisados por meio software SPSS 20, através de estatística descritiva. Os resultados foram interpretados subsidiados no referencial teórico adotado para este estudo.

Participaram do presente estudo 24 idosos com idades variando entre 60 a 96 anos ($M=71$; $DP = 0,6$), sendo a maioria do sexo feminino (88%), residente em casa própria (92%), convivendo com parentes próximos (46%).

De acordo com Maximiano-Barreto et al (2019), observa-se dentro do processo de envelhecimento a feminização da velhice, fenômeno relativo ao predomínio de mulheres em relação aos homens na população idosa, visto em todas as regiões do mundo, corroborando com os achados neste estudo.

Estima-se que as mulheres vivam de cinco a sete anos a mais que os homens, e que em 2050 as mulheres mantenham-se a maioria, com estimativa de 7 milhões de mulheres a mais do que homens no cenário brasileiro. Outro dado observado é que a proporção de mulheres idosas que atinge idades mais longevas também é superior à dos homens, isto é, as mulheres também apresentam a maioria entre idosos com mais de 80 anos de idade (OMS, 2005).

Apontou-se ainda, quanto à escolaridade, que 8% não são alfabetizados, 33% afirmaram ter ensino fundamental incompleto, 17% disseram ter o ensino fundamental completo, 17% o ensino médio incompleto, 13% o ensino médio

completo, 4% superior incompleto, 8% superior completo, sendo 75% católicos, 21% evangélicos e 4% espírita. Portanto, verificou-se que o nível de escolaridade dos idosos da amostra era baixo, corroborando os estudos de Almeida *et al.* (2015) e Maximiano-Barreto *et al.* (2019), os quais explicaram esse resultado pelo fato da dificuldade de acesso à educação que as pessoas tinham no período em que esses idosos nasceram e cresceram.

Em relação aos dados qualitativos, a análise de conteúdo a respeito da representação social acerca do envelhecimento ativo, apresentou as seguintes categorias: 1 – Manutenção da independência funcional e autonomia; 2 – Trabalho e atividades domésticas; 3 – Comportamento saudável; 4 – Valorização do lazer e socialização; 5 – Bom estado mental e espiritual, que serão discutidas a seguir:

MANUTENÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTONOMIA

Os conteúdos apreendidos demonstraram que os participantes representaram o envelhecimento ativo como independência funcional e autonomia. Para estes idosos, realizar as atividades de vida diária sem ajuda de outra pessoa, ter autonomia para tomar decisões de sua própria vida e resolver seus problemas são condições primordiais para manter-se ativos e saudáveis, o que pode ser observado nas falas a seguir:

"[...] Caminha sozinho. Não precisa de ajuda de ninguém. Come sozinho. Troca a roupa sozinho. Faz obrigações [...]" (Idoso 36, sexo feminino)

"[...] Não depende de ninguém. Independente. Idoso ativo está sempre se movimentando, faz alguma coisa, não se acomoda, faz sua comida, não depende de ninguém, é independente [...]" (Idoso 34, sexo feminino)

"[...] Idoso ativo me faz pensar em andar sozinho, fazer suas atividades, resolver os seus problemas, pegar ônibus, ir e vir, pagar as contas [...]" (Idoso 26, sexo feminino)

"[...] São coisas que você tem que sair, mexer com dinheiro, ir ao banco, pagar, tomar cuidado, ter atenção. Sou muito ativa. Sou responsável por mim. A mais importante é eu ser responsável por mim. Não é por orgulho, mas peço a Deus que no dia que eu depender de algum filho ou nora, Ele me leve [...]" (Idosos 37, sexo feminino)

Nosraty et al. (2015) realizaram um estudo na Finlândia e observaram que os idosos participantes de seu estudo conceituaram o envelhecimento bem sucedido como a manutenção da independência funcional, financeira, autodomínio e a capacidade de cuidar de si mesmos até o fim da vida. Manter a dignidade e a independência faz parte da qualidade de vida e qualidade da morte.

Preservar a independência funcional e a autonomia das pessoas idosas deve ser um objetivo primordial dos profissionais de saúde que assistem a esse público. Por esta razão, ressalta-se a importância de políticas e modelos de

promoção da saúde que, além de prevenir os efeitos danosos da incapacidade funcional, permitam a entendimento da morbidade pelos idosos, de modo que estes desenvolvam a oportunidade de serem participantes no controle de sua própria saúde, buscando um envelhecimento ativo e saudável. Nesse sentido, Karlinski e Frassetto (2013) destacam que incentivar o desenvolvimento de crenças de autoeficácia é de especial importância para o bem estar dos idosos, em virtude do papel compensatório em relação às perdas que elas podem desempenhar.

TRABALHO E ATIVIDADES DOMÉSTICAS

Essa categoria denominada Trabalho e atividades domésticas traz em seu conteúdo aspectos que estão relacionados a valorização do trabalho, seja ele profissional ou o trabalho realizado em sua própria casa. Para estes idosos, o trabalho os mantém ativos e dispostos, sendo representado não apenas como meio de retorno financeiro, mas como uma ocupação.

“[...] Trabalho é muito importante porque ninguém vive sem trabalho e atividade física porque cuida do corpo e da saúde. Eu me considero uma idosa ativa porque estou 24 horas no ar. Trabalho em casa. Hoje eu parei de costurar, porque eu costumava como profissão e parei há um ano. Agora só costuro para mim. (Idoso 28, sexo feminino) [...]”.

“[...] Não só financeiramente, mas profissionalmente. (Idoso 37, sexo feminino) [...]”.

“[...] Serviço. Disposição para tudo. Não tem medo de enfrentar nada. Ter coragem de trabalhar e enfrentar a vida como ela é. Eu não tenho preguiça de fazer nada. Trabalho. (Idoso 42, sexo feminino) [...]”.

De acordo com Paolini (2016), tem crescido o número de pessoas idosas que se mantem no mercado de trabalho, seja porque desejam ou porque necessitam. Entretanto, a sociedade prevê que essas pessoas se encaminhem para aposentadoria, desperdiçando muitas vezes a contribuição que o idoso ainda pode oferecer a partir de suas experiências adquiridas ao longo dos anos de vida laboral, assim como de manter esse idoso integrado na sociedade e possibilitar que ele tenha maior autonomia para planejar o momento de seu afastamento das atividades laborais ou seja da aposentadoria.

Corroborando com os achados da representação do envelhecimento ativo ancorado no trabalho, Pinheiro, Ribeiro e Souto (2016) afirmam que após a aposentadoria, alguns idosos mantem o vínculo com o trabalho na tentativa de evitar a marginalização social e na subjetividade do desejo de reconhecimento e de continuar sentindo-se útil diante de uma sociedade que valoriza a produtividade e o novo.

COMPORTAMENTO SAUDÁVEL

Os conteúdos desta classe estão relacionados a representação do envelhecimento ativo aos comportamentos de vida saudável que representam o estilo de vida, o qual é um

dos determinantes da qualidade de vida no envelhecimento, tais como: atividade física, alimentação saudável, qualidade do sono, não etilismo e não tabagismo. Observou-se que os idosos apontam o estilo de vida saudável, não como algo pontual, mas enquanto escolhas que se deram ao longo da sua trajetória de vida, como pode ser exemplificado em alguns trechos de falas a seguir:

“[...] Nunca fumei. Nunca gostei de bebida alcóolica, desde antes de ser crente já não vivia essa vida. Sempre tive cuidado de não estar estragando a minha vida com bebida ou com cigarro [...]”. (Idoso 41, sexo masculino).

“[...] Gosto muito de comida natural, granola. O idoso ativo cuida da alimentação [...]”. (Idoso 44, sexo feminino).

“[...] Eu me considero uma idosa_ativa porque eu levanto cedo, vou fazer caminhada, vou fazer atividade na praça, depois vou fazer hidroginástica. Estou cuidando da minha respiração para respirar melhor, dormir melhor [...]”. (Idoso 26, sexo feminino).

Fernandes *et al.* (2011) apontam que durante o processo de envelhecimento acontecem alterações orgânicas, não obstante, “o ritmo do declínio dessas funções varia não apenas de um órgão para outro, mas também entre as pessoas da mesma idade” (FERNANDES, 2011). Isso pode ser explicado pelas condições desiguais de vida e de trabalho às quais as pessoas estiveram expostas ao longo da vida, considerando os variados contextos.

Segundo Valer *et al.* (2015), o envelhecimento saudável significa a adesão de alguns comportamentos, a saber: a alimentação adequada, prática de atividade física, autocuidado, não ingestão de bebidas alcoólicas, não tabagismo, ter bons hábitos de sono e tempo de descanso.

VALORIZAÇÃO DO LAZER E SOCIALIZAÇÃO

Para esta categoria, o envelhecimento ativo está associado ao lazer, valorizando atividades como passear, viajar, ir a festas para dançar, conhecer pessoas, e conversar. Evidenciando em seus conteúdos a socialização por meio de atividades de recreação e lazer, conforme algumas falas a seguir:

"[...] passeio, viajo, vou a festas, danço [...]". (Idoso 27, sexo feminino)

"[...] Idoso ativo me faz pensar em dança, passeio, cantar, exercício físico. Dançar. Eu ainda trabalho. Faço as atividades em casa. Eu venho para o centro dançar, cantar, conversar, chorar se for preciso. Sou uma idosa ativa e muito ativa. Não sei até quando. [...] não ficar isolado das pessoas. Somos todos seres humanos [...]". (Idoso 39, sexo feminino)

"[...] Viajo para desaparecer a vida. A gente conversa, desabafa, é tão bom, eu gosto de viajar. Andar, conversar, é bom demais. Conhece gente diferente [...]". (Idoso 42, sexo feminino)

Ferreira *et al.* (2010) observaram em seu estudo com idosos independentes funcionalmente que estes

representaram o envelhecimento ativo a aspectos relacionados ao lazer, trazendo o idoso como indivíduo alegre, inteligente, independente, que passeia e se diverte.

Brito, Camargo e Castro (2017) evidenciaram em seu estudo que os idosos participantes apontaram em seus conteúdos a importância do lazer e da conversa entre os amigos.

BOM ESTADO MENTAL E ESPIRITUAL

Essa categoria traz em seus conteúdos a representação do envelhecimento ativo ancorado no bem estar subjetivo, onde os idosos nutrem afetos positivos sobre sua vida e sobre si mesmos. Também associam o envelhecimento ativo a espiritualidade onde a fé em Deus promove uma força interior e alegria de viver.

“[...] Trabalho a mente. Depende muito da cabeça [...]”. (Idoso 34, sexo feminino)

“[...] Não vivo pensando, nem triste, sempre vivo com alegria, e quando me dizem alguma notícia que não gosto, não tenho preocupação. Deixo aquilo passar e entrego a Jesus e aquilo passa, mas não vou ficar chorando, nem gritando por causa de uma notícia. Não tenho tristeza, não fico de cabeça baixa [...]”. (Idoso 38, sexo feminino)

“[...] Vive uma vida feliz. Eu me acho uma pessoa ativa porquê faço tudo. Sou alegre, passei por cada coisa horrorosa na vida, mas a vida continua [...]”. (Idoso 46, sexo feminino)

"[...] Não se acomoda por besteira. Aceita envelhecer, mas com qualidade de vida [...]". (Idoso 46, sexo feminino)

"[...] Eu me acho uma idosa ativa porque sou alegre, feliz, estou com Jesus e estou com tudo. Alegre. Ter fé em Deus e fazer a obra, porque fazendo a obra sem fé, a obra é morta [...]". (Idoso 30, sexo feminino)

Segundo Salazar-Barajas *et al.* (2018), os idosos participantes de seu estudo classificaram o envelhecimento ativo como aquele vivenciado por idosos que apresentam bom estado mental, livre de sintomas de depressão e que percebem sua saúde como boa ou excelente. Também observou que a capacidade do idoso de aceitar e lidar com as mudanças físicas e eventos da vida são primordiais no enfrentamento dos desafios apresentados durante o envelhecimento.

Conforme Valer *et al.* (2015), o envelhecimento saudável foi associado a ter sentimentos positivos, referentes a aspectos internos, ou seja, à motivação das pessoas e suas emoções individuais, aos aspectos externos, estabelecidos por meio do convívio com uma rede social.

A espiritualidade também foi apontada no estudo de Karlinski e Frassetto (2013), que afirmaram que envelhecer de modo saudável é algo heterogêneo e multidimensional, como a possibilidade de executar atividades rotineiras, aceitação da vida como ela é, cultivo de pensamentos bons, a crença em Deus e ter saúde.

Como considerações finais, foi possível observar que os idosos participantes da pesquisa possuem uma representação ampliada sobre o envelhecimento ativo, ou seja, uma combinação de vários aspectos que envolvem fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Verificou-se a importância de espaços públicos que proporcionem aos idosos não apenas atividades físicas, para manterem suas capacidades funcionais, mas também promovam um ambiente para socialização, onde eles possam desfrutar de atividades de lazer e interação com outras pessoas, inferindo que para alcançar o envelhecimento ativo é necessário o equilíbrio entre múltiplos fatores.

REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO, S. A. Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan./jun. 2015.
- 2 BACKSTROM, B. Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes. In: MACHADO, F. L. **Migrações Revista observatório imigração**. Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo, Lisboa: A CID. n. 10, p. 103-126, 2012.
- 3 BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- 4 BRITO, Annie Mehes Maldonado; CAMARGO, Brigido Vizeu; CASTRO, Amanda. Representações Sociais de Velhice e Boa

Velhice entre Idosos e Sua Rede Social. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 5-21, nov. 2017.

5 BROWN, L. J.; BOND, M. J. Comparisons of the utility of researcher-defined and participant-defined successful aging. **Australasian Journal on Aging**. v. 35, n. 1, p. 7-12, 2016.

6 FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.

7 FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterScience Place Revista Científica Internacional**. v. 1, n. 20, p. 106-194, 2012.

8 FERNANDES, M. G. M.; SILVA, A. O.; LOUREIRO, L. S. N.; MEDEIROS, A. C. T. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**. v. 16, n. 3, p. 543-548, 2011.

9 FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; SILVA, A. O.; SANTOS, W. S.; MOREIRA, M. A. S. P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.4, p. 1065-1069, 2010.

10 FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 5, p. 1475-1495, 2015.

11 KARLINSKI, L. P. B.; FRASSETTO, S. S. A percepção de idosos acerca das crenças de auto eficácia e envelhecimento saudável. **Aletheia**, Canoas, n. 42, p.51-61, 2013.

12 MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan; Portes, Filipe Augusto; Andrade, Larissa; Campos, Lucas Bueno, Generoso, Fernanda Karoline. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, Aracaju, v.8, n.2, p. 239-252, ago./set./out. 2019.

13 MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

14 MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

15 NOSRATY, L.; ENROTH, L.; RAITANEN, J.; HERVONEN, A.; JYLHÄ, M. Do successful agers live longer? The Vitality 90+ study. **Journal of Aging and Health**. v. 27, n. 1, p. 35-53, 2015.

16 OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

17 PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

18 PAOLINI, Karoline Silva. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 14, n. 2, p. 177-182, 2016.

19 PINHEIRO, Ângela Fernanda Santiago; RIBEIRO Danúbia de Jesus; SOUTO, Igor Fernando de Queiroz. Inserção do idoso no mercado de trabalho. **Humanidades**, v. 5, n. 1, fev. 2016.

20 REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise

realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Estudo de População**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 591-612, 2016.

21 SALAZAR-BARAJAS, M. E.; CRESPO, L. M.; CORTEZ, P. L. H.; REYNA, M. A. V.; CABRIALES, E. C. G.; MEZA, M. V. G.; GONZALEZ, B. C. S. Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the Framework of Roy's Adaptation Model. **Investigación y Educación en Enfermería**. v. 36, n. 2, p. 85-100, 2018.

22 VALER, D. B.; BIERHALS, C. C. B. K.; AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, 2015.

CAPÍTULO 06

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: estudo acerca da negligência

*Priscila de Almeida da Costa
Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio*

O fenômeno do envelhecimento populacional é mundial e o Brasil acompanha esta tendência. Trazer para a análise a problemática da violência contra as pessoas idosas na conjuntura da sociedade atual requer uma percepção da totalidade dos fatores sociais, econômicos, históricos e culturais que a influenciaram no atual contexto (PAIVA, 2014).

Com vistas a estudar este processo, é preciso a compreensão de que a velhice é heterogênea, visto que se faz necessária a particularização das necessidades, de condições, de interesses e de possibilidades, levando em consideração a condição social, o gênero, as demandas de saúde, bem como as relações familiares (LOUVISON; ROSA, 2012).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências preconiza que:

A violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência (BRASIL, 2005, p. 22).

Deste modo, as maneiras diferentes pelas quais a violência se expressa contra o idoso estão presentes em vários instrumentos legais e estudos. Nesta investigação, os termos “maus-tratos” e “abandono” serão usados como sinônimo de violência, expressando as seguintes tipologias: violência física, psicológica, sexual, financeira, negligência e abandono (BRASIL, 2007).

O estudo que originou este capítulo apresenta como foco a negligência, definida como a negação ou omissão dos cuidados necessários à pessoa idosa, advinda das instituições ou de seus responsáveis (BRASIL, 2007), bem como a autonegligência, definida como o comportamento do próprio idoso que coloca em risco sua saúde e segurança através da recusa de propiciar a si mesmo os cuidados necessários (BRASIL, 2007).

Dentre os tipos de violência contra o idoso, optou-se por enfatizar a negligência, que é bastante frequente (OLIVEIRA et al, 2013) e, juntamente com o abandono, constituem os tipos mais corriqueiros de formas de maus tratos contra a pessoa idosa identificadas através da Estratégia de Saúde da Família (LAGO et al, 2014)

Castro et al. (2018) estabelece que a negligência pode ser diferenciada em passiva, ou não intencional e ativa, ou intencional. Atitudes como descuidar das necessidades fundamentais, admitindo desnutrição, desidratação e desenvolvimento de úlcera no idoso e não fazer cuidados de segurança são formas de negligência passiva. De outro lado, a negligência ativa acontece quando o agressor ameaça e desacata o idoso; desconsidera uma situação de emergência; abandona a pessoa idosa dependente sozinha por muito

tempo; restringe o idoso de alimentação e tratamentos adequados.

Além disso, o supracitado estudo apontou, no que se refere à incidência de negligência e abandono durante internações hospitalares de pessoas idosas por violência, que a prevalência maior foi em mulheres, com faixa etária superior aos 80 anos (CASTRO et al, 2018).

Minayo (2003) apud Silva et al. (2018) destacam que no Brasil a negligência é presente tanto nos lares como nas instituições; dela advém, frequentemente, lesões e traumas físicos, psicológicos e sociais. Tal estudo ainda aponta que a negligência foi a violência contra o idoso mais recorrente, principalmente realizada por agressor do sexo masculino e membro da própria família, contra as mulheres com idade entre 70 e 79 anos.

Phillips e Ziminski (2012) apud Poltronieri et al. (2019) afirmam que foram constatados três formas mais frequentes de negligência descritas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs): negligência quanto à atuação médica; negligência dos profissionais cuidadores e negligência no tocante aos cuidados com o ambiente físico e condições de higiene. Das formas citadas, a que mais prevaleceu foi a relacionada à conduta dos profissionais, por exemplo, no tocante à dificuldade de lidar com os cuidados básicos que poderiam acarretar agravos de saúde aos idosos.

O presente texto objetiva apresentar uma análise do conhecimento científico nacional produzido entre janeiro de 2015 a setembro de 2019 sobre a temática da violência contra idosos, com ênfase na negligência. O despertar para esta

temática surgiu a partir da inserção em equipe multiprofissional, na função de Assistente Social desde abril de 2018 em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE. O CREAS é uma unidade pública da Política Nacional de Assistência Social, no qual são atendidos idosos dentre outros segmentos populacionais, os quais estão em situação de vulnerabilidade social e risco ou sofreram violação dos seus direitos.

Assim, o levantamento de conhecimento científico se justifica pela necessidade observada no campo de atuação profissional de pesquisar a negligência relacionada aos idosos que vivem em situação de vulnerabilidade social. Além desses aspectos, observamos em incursões teóricas sobre este campo temático, que a produção do conhecimento ainda se mostra incipiente em se tratando de estudos relacionados à negligência contra idosos.

Nessa perspectiva, foi realizada uma revisão integrativa da literatura nacional, com o propósito de responder a seguinte questão norteadora: Qual a caracterização da produção científica acerca da negligência contra idosos?

Para tanto, realizou-se busca de literatura nas bibliotecas eletrônicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados foram: “maus-tratos ao idoso”, “negligência ao idoso”, “violência intrafamiliar”. As

expressões de busca usadas foram consultadas anteriormente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Foram incluídos na pesquisa os artigos que estavam escritos em língua portuguesa; publicados no período entre janeiro de 2015 a setembro de 2019; retratavam a violência contra os idosos, especificamente a negligência e que apresentavam o texto completo disponível online. Todavia, excluíram-se os artigos duplicados, bem como os que não estavam disponíveis na íntegra, além de monografias, dissertações e teses (Figura 1).

Deste modo, o material coletado foi categorizado, analisando-se o ano, o título das publicações, delineamento do estudo, periódico de publicação, área de conhecimento, objetivos e os resultados das pesquisas. Para a interpretação dos dados, foram discutidos os principais resultados através de uma análise crítica dos estudos incluídos.

Segue a sequência de seleção dos artigos:

1. Artigos publicados entre janeiro de 2015 a setembro de 2019 com textos completos que abordam a violência contra o idoso, especificamente que retrate a negligência em seus resultados;
2. Identificados através da BVS, Scielo e das bases de dados Medline, LILACs e BDENF;
3. 53 artigos encontrados no total;
4. 39 artigos excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo;
5. Amostra final 13 artigos selecionados, após leitura na íntegra.

Foram identificados, por meio dos descritores utilizados, 53 artigos nas bibliotecas eletrônicas e bases de dados mencionadas, visto que a maioria deles esteve presente na base de dados LILACS (18 artigos).

Após averiguar-se os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 artigos sobre violência que descreviam nos seus resultados a negligência contra o idoso (Figura 1), publicados em periódicos nacionais e internacionais entre janeiro de 2015 a setembro de 2019.

Com a avaliação, foi observada a prevalência de publicações nos anos de 2018 (n=6) e 2016 (n=4), com predominância de artigos de natureza transversal e descritiva (n=5). Outrossim, a Revista de Enfermagem UFPE online (n=4) foi o periódico com o maior número de publicações na temática selecionada e a área do conhecimento predominante foi a Enfermagem (n=5).

No tocante à produção científica da Enfermagem gerontogeriatrica, Medeiros et al. (2014) apontam que houve crescimento com vistas a atender as demandas provenientes do segmento idoso, todavia explicita que ainda existe a necessidade dos enfermeiros realizarem pesquisas enfatizando a interdisciplinaridade e a literatura internacional, bem como as questões vinculadas à autonomia, reinserção social e de saúde do idoso.

Em alusão às dificuldades encontradas no aspecto da interdisciplinaridade, Backes et al. (2014) revelam que estão vinculadas à procura da unificação na pluralidade e vice-versa, além de descobrir como trabalhar com suas particularidades e com as dos outros. A diversidade de conhecimentos não deve

ser vista como empecilho às atuações, porém como meio de aumentar e impulsionar as formas de interação e descobrir inúmeras respostas para os problemas de saúde, os quais geralmente são decorrentes de múltiplos fatores.

Deste modo, todos os trabalhos estão descritos segundo o ano de publicação, título, delineamento escolhido para o estudo, os periódicos de publicação e as áreas de conhecimento (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados segundo ano, título, delineamento do estudo, periódico e área do conhecimento.

Título do Artigo/Ano	Delineamento do Estudo	Periódico/Área do conhecimento
Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental /2016	Estudo documental e retrospectivo	Estudos de Psicologia/Psicologia
Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental/2016	Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, de análise documental	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Odontologia
Caracterização da pessoa idosa vítima de violência/2016	Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa	Revista de Enfermagem UFPE online/Enfermagem
Violência contra pessoas idosas registrada em delegacia especializada de segurança e proteção ao idoso/2016	Estudo exploratório de abordagem qualitativa com base em dados secundários/2016	Revista de Enfermagem UFPE online/Saúde

Título do Artigo/Ano	Delineamento do Estudo	Periódico/Área do conhecimento
Violência contra os Idosos Brasileiros: uma análise das internações hospitalares/2017	Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal	Revista Brasileira de Enfermagem/ Enfermagem
Violência contra idosos em três municípios brasileiros/2017	Estudo ecológico	Revista Brasileira de Enfermagem/ Enfermagem
Violência familiar contra a pessoa idosa: expressões do fenômeno e perspectivas para o seu enfrentamento/2018	Estudo descritivo de abordagem quantitativa, do tipo documental	Textos & Contextos/ Serviço Social
Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa/2018	Revisão integrativa de literatura	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia/ Geriatria e Gerontologia
Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde/2018.	Estudo descritivo	Revista da SPAGESP/ Psicologia
Violência contra a pessoa idosa/2018	Estudo quantitativo, epidemiológico, de corte transversal, descritivo/2018	Revista de Enfermagem UFPE online/ Enfermagem
Percepções de qualidade de vida e as experiências de violências em idosos/2018	Estudo quantitativo, transversal e descritivo/2018	Revista de Enfermagem UFPE online/ Enfermagem
Violência contra idosos: uma análise documental/2018	Estudo quantitativo, retrospectivo, documental e analítico	Aquichan/ Multiprofissional
Projeto terapêutico singular sob a perspectiva de acadêmicos de medicina quanto à negligência à pessoa idosa/2019	Estudo descritivo, tipo relato de caso	Cuidarte Enfermagem/ Enfermagem

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Outrossim, percebeu-se após a análise, que embora a temática da violência contra idosos, ressaltando os dados sobre negligência sejam de extrema relevância, os estudos ainda são pouco numerosos ($n=13$). E, quando nos restringimos às pesquisas que descrevem no título e objetivos a questão da negligência, os resultados são ínfimos, apenas $n=2$, conforme demonstra o (Quadro 2).

Poltronieri et al. (2019) verificaram em sua pesquisa que nenhuma produção brasileira, retratou diretamente a temática da violência dentro das ILPIs, mesmo que observem a necessidade de treinamento constante dos profissionais que prestam serviços nestas instituições, deduzindo que a negligência pode ser uma violência habitual em tais espaços.

Apesar dos estudos sobre a negligência serem mínimos, Pasinato et al. (2006) constataram na sua pesquisa uma prevalência de negligência e abuso físico. Nesta perspectiva, os resultados da pesquisa de Pinto et al. (2013) indicaram que o maior número dos casos (85%) envolvia negligência ou abandono. Ademais, um dos estudos selecionados também destacou a negligência (34,80%) como mais frequente dentre as pessoas idosas que vítimas de apenas um tipo de violência.

Em relação aos objetivos dos estudos, averiguou-se que a maioria ($n=11$) buscou verificar a prevalência e o perfil das vítimas, assim como as formas de violência e suas características. Neste sentido, sabemos da importância de pesquisas com características que abordem o contexto sociodemográfico, pois dessa forma é possível traçar

estratégias de enfrentamento a esta realidade, por meio de orientações com vistas à prevenção, assistência e reeducação.

No que se refere aos resultados, a violência psicológica (n=5) foi a mais frequente nos estudos selecionados, seguida da violência física (n=3). Tal constatação coaduna com o estudo realizado por Santana et al. (2016), o qual indicou como forma de violência prevalente a psicológica, sucedida pela violência física e roubo. Em referência ao sexo das vítimas, predominou na maioria dos estudos (n=10) as mulheres como vítimas da violência (Quadro 2). Embora as formas de violência aflijam a pessoa idosa independentemente do gênero, entretanto, conforme se constatou, as mulheres são destaque em relação aos homens.

Além disto, o processo de feminização do envelhecimento vem avançando francamente ao longo das últimas décadas. Durante a velhice, conforme afirma Silveira (2013), a vulnerabilidade que a mulher experimentou por toda a vida tende a se potencializar. Camarano; Kanso e Mello (2004) destacam que levando em consideração a totalidade da população idosa, 55% são compostas por mulheres e se torna mais significativa esta dimensão quanto mais idoso for o segmento. Ademais, revelam que a preponderância das mulheres idosas ocorre nas áreas urbanas. Já nas rurais, se sobressaem os homens.

No tocante ao perfil dos agressores, os estudos apontaram em sua maioria que são do sexo masculino (n=5), são familiares das vítimas (n=7) e que o local da violência é a própria residência (n=5), ou seja, caracterizando a violência

intrafamiliar. De acordo com Minayo (2007), o conceito de violência intrafamiliar é tratado como derivado e decorrente de relações. A violência intrafamiliar, também tratada como violência doméstica, refere-se aos conflitos familiares que culminam em abusos, intolerância e opressão (MINAYO, 2007). A autora enfatiza que mesmo que não existam pesquisas de abrangência nacional sobre este tema, pesquisas locais demonstram a severidade da violência intrafamiliar para os idosos. Pode-se afirmar que os maus tratos e negligências estão presentes e denotam um grave problema social (MINAYO, 2007).

A violência, segundo o Mapa da Violência contra a Pessoa Idosa no Distrito Federal (2019), acontece entre familiares ou parceiros sexuais. É dentro do lar que o idoso sofre a negligência, destratos, desrespeito, acompanhados da falta de comunicação e/ou violência física e verbal. Ademais, diversas pesquisas no Brasil e no mundo indicam que 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges. Deste modo, o vínculo familiar entre agressor e vítima propicia a continuidade do contexto de violência.

Quadro 2. Distribuição dos artigos selecionados de acordo com o título, objetivos e resultados.

Título do Artigo	Objetivos	Resultados
Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental	Verificar a prevalência e os tipos de maus-tratos sofridos por idosos, registrados na Delegacia de Proteção ao Idoso do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.	Maus-tratos psicológicos, seguidos pelo abuso financeiro ou material. Vítima predominantemente mulher e de baixa escolaridade. Agressor homem e familiar da vítima. A negligência presente em 6,3% dos casos.
Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental	Verificar a ocorrência de maus-tratos contra idosos e suas características, com base nos registros policiais de uma delegacia especializada, no período de cinco anos.	Agressores homens (69,20%), brancos (56,50%), entre 31-40 anos (14,20%); vítimas mulheres (93%), brancas (71,50%), com idade entre 60-65 anos (46,30%), casadas (34,10%) e desempregadas/ aposentadas (59,98%). Violência psicológica prevalente (57%), ocorridos na própria residência (81,30%) e os filhos foram os principais agressores (25,30%).
Caracterização da pessoa idosa vítima de violência	Caracterizar os idosos vítimas de violência.	Maioria das vítimas do sexo feminino, média de idade de 76,3 anos, procedente da capital, aposentado, analfabeto, separado ou divorciado, com renda de até 1 salário mínimo. Em relação ao tipo de violência sofrida, a maioria teve violência psicológica representando 54,7% dos casos. A negligência ocorreu em 31,1% dos casos.

Título do Artigo	Objetivos	Resultados
Violência contra pessoas idosas registrada em delegacia especializada de segurança e proteção ao idoso	Analisar a violência contra pessoas idosas registrada na delegacia de segurança e proteção ao idoso.	Quanto ao sexo, predominaram as mulheres, com 56,3% de participação; procedentes de Teresina, 92,3%. O tipo de violência mais comum é a financeira, correspondendo a 47,0%; e 60,0% dos agressores não são do convívio da vítima. A maioria dos idosos que sofrem violência familiar pertence ao sexo feminino, sofre negligência, e o agressor, em geral, é filho ou parente da vítima.
Violência contra os Idosos Brasileiros: uma análise das internações hospitalares	Identificar a prevalência de agressão corporal e negligência e abandono nas internações de idosos brasileiros por agressões no período de 2008 a 2013	Prevalência de hospitalizações por agressão corporal, mais frequente entre idosos de 60 e 69 anos, homens, no setor público. Prevalência maior de negligência e abandono em mulheres, com mais de 80 anos, no setor público. Em se tratando de agressão corporal e negligência/ abandono, estas foram representadas, respectivamente, por 1.787 (10,6%) e 477 (2,8%) internações de indivíduos.
Violência contra idosos em três municípios brasileiros	Analisar os boletins de ocorrência registrados por idosos que sofreram violência, a fim de identificar características sociodemográficas das vítimas e dos agressores, bem como comparar as taxas em três municípios brasileiros no período de 2009 a 2013.	Predominância de violência psicológica, ocorrida na própria casa do idoso. Em Ribeirão Preto e João Pessoa, os idosos mais jovens apresentaram taxas semelhantes entre ambos os sexos. No que se refere à negligência em Ribeiro Preto ocorreu em 2,4% dos casos, em João Pessoa 4,5% e Teresina 5,8%.

Título do Artigo	Objetivos	Resultados
Violência familiar contra a pessoa idosa: expressões do fenômeno e perspectivas para o seu enfrentamento	Analisar as expressões da violência familiar contra a pessoa idosa e as perspectivas de seu enfrentamento.	As principais vítimas do sexo feminino, com idade avançada, viúvas, economicamente autônomas, porém dependentes de suas famílias para cuidados de saúde. Familiares foram os principais agressores identificados. No que se refere aos tipos de violência sofridas pelas pessoas idosas, 55% foram vítimas de violências múltiplas, ou seja, de dois ou mais tipos de violências, destacando-se as violências física e psicológica e a negligência e o abandono, com 9% de ocorrência cada. Em segundo lugar, predominou a negligência, com 18% dos casos pesquisados.
Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa	Realizar uma revisão integrativa de literatura sobre o conhecimento científico da ocorrência de maus-tratos a idosos, produzido no Brasil entre os anos de 2013 a 2017	Principais incidências das violências: psicológica (28%) e física (28%), predominância do sexo feminino (64%).
Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde.	Caracterizar o perfil dos idosos vítimas de violência, dos agressores e dos encaminhamentos realizados a partir das notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), do Rio Grande do Sul (RS), no período de 2010 a 2014.	As mulheres são as vítimas mais frequentes. A violência mais incidente foi a física, praticada por um agressor homem, geralmente filho da vítima. A negligência ocorreu em 31,2% dos casos.

Título do Artigo	Objetivos	Resultados
Violência contra a pessoa idosa	Avaliar a ocorrência da violência sofrida pela pessoa idosa.	Ocorrências prevalentes na residência (80,5%), com vítimas de lesões não autoprovocadas (83,1%) e a violência física predominante (93,5%). Meios de agressão: espancamento (44,1%) com dois ou mais envolvidos (68,8%). O agressor, em sua maioria, era o filho (47,6%); o sexo ignorado/em branco prevaleceu (79,7%). A negligência prevaleceu em (2,2%) dos casos.
Percepções de qualidade de vida e as experiências de violências em idosos	Descrever as experiências de violências e a autopercepção da qualidade de vida e saúde após os 60 anos de idade.	Maioria do sexo feminino (62%), com ensino fundamental incompleto (43%) e renda familiar de até um salário mínimo (46%). Mais da metade dos idosos (62%) declarou não ter uma boa qualidade de vida e 38% descreveram sentimentos compatíveis com a ansiedade e a depressão. 73% sofreram algum tipo de violência, destacando-se o insulto e a discriminação (40% e 35%, respectivamente) e o abandono (31%). Relatou-se negligência autoinfligida descrita por 26% dos idosos e 31% declararam ter se sentido abandonados após os 60 anos de idade.
Violência contra idosos: uma análise documental	Analisar os casos de violência contra idosos em um município do sul de Minas Gerais (Brasil) num período de 13 anos	Foram registradas 273 denúncias de violência contra a pessoa idosa. Em 39,56 % o agressor era do sexo masculino e em 43,59 % dos casos eram filhos das vítimas. Destaque para a negligência (34,80 %), seguida da violência psicológica (16,12 %). Constatou-se que 37,73 % dos idosos vítimas de violência tinham de 70 a 79 anos, e a maioria era do sexo feminino (58,24 %).

Título do Artigo	Objetivos	Resultados
Projeto terapêutico singular sob a perspectiva de acadêmicos de medicina quanto à negligência à pessoa idosa	Relatar a experiência vivenciada por graduandos de um curso de medicina do interior Paulista através da construção de um Projeto Terapêutico Singular e sua aplicação a uma idosa de uma Unidade Básica de Saúde da Família.	O comparativo entre as informações coletadas no prontuário e as observações realizadas em campo mostra agravamento da situação de vulnerabilidade, pois se identificaram um retrocesso significativo no quadro clínico da idosa e riscos para sua saúde-doença. O estudo constatou o abandono e negligência vivenciados pela idosa.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

De acordo com os resultados expostos, nota-se que a negligência aparece com pouca evidência nas pesquisas porque é pouco notificada, uma vez que quase não é identificada. Neste sentido, Menezes (2010) enfatiza que a negligência e a violência psicológica não deixam marcas evidentes, ou seja, na maioria das vezes são imperceptíveis aos olhos, porém confinam suas vítimas por um longo período a viverem em circunstâncias desfavoráveis e de grande sofrimento, aflição e expostas a um alto risco para a intensificação ou o desencadeamento de doenças psicossomáticas, principalmente quando praticadas por familiares (LAGO, CAVALCANTE, LUZ, 2014).

Portanto, evidencia-se que o conhecimento científico nacional acerca da negligência ainda é exordial, tendo em vista que este tipo de violência é pouco notificada, pois não deixa marcas aparentes, o que requisita uma atenção redobrada dos profissionais de saúde e da rede socioassistencial.

Destarte, salienta-se que o Estado tem a responsabilidade de adotar políticas públicas para o enfrentamento à violência contra os idosos (SANTANA, VASCONCELOS, COUTINHO, 2016), bem como utilizar estratégias para identificação das formas de negligência. Nesta perspectiva, se faz necessário o trabalho em rede, o qual deve atuar como um caminho para superar a possível desarticulação e a fragmentação dos serviços que atendem aos idosos brasileiros, por meio da ação coordenada de diferentes áreas governamentais, com o apoio e monitoramento da sociedade civil.

Diante do exposto, no decorrer do texto, podemos destacar que a revisão realizada salientou que as principais violências inferidas aos idosos são de natureza psicológica, seguida da violência física, sendo as mulheres idosas as maiores vítimas, já os agressores são predominantemente do sexo masculino e familiares das vítimas.

Todavia, o levantamento indicou que os estudos relacionados especificamente à questão da negligência são incipientes, ou seja, há a necessidade de ampliar a produção do conhecimento acerca deste tipo de violência. Destarte, mostra-se evidente a necessidade de uma investigação mais apurada neste contexto e execução de outros estudos que busquem analisar a negligência contra idosos em seus diversos contextos.

Fica evidente, portanto o desafio que o Estado e a sociedade têm no sentido de gerar uma discussão acerca da negligência e a velhice de maneira articulada e traçar estratégias de enfrentamento a este tipo de violência,

percebendo as múltiplas necessidades vivenciadas por este segmento populacional.

REFERÊNCIAS

1 BACKES, D.S. et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática.

Disciplinarum Scientia, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n.2, p. 277-289, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093/1037>. Acesso em: 25 out. 2019.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01: publicada no DOU nº 96: seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília, DF, 2005. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed>. Acesso em: 27 out. 2019.

3 BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

4 CAMARANO, A.A; KANSO, S; MELLO, J.L. Como vive o Idoso Brasileiro? In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros**: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf. Acesso em: 28 out. 2019.

5 CASTRO, V.C; RISSARDO, L.K; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, n.2, p. 830-838, 2018.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800777&lng=pt&nrm=iso&tln_g=pt. Acesso em: 30 out. 2019.

6 LAGO, E. A; CAVALCANTE, T. B.;LUZ, M. H. B. A. Violência contra o idoso: uma revisão da literatura. **Revista Saúde.com**, v. 10, n. 2, p. 221-231, 2014. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/305/245>. Acesso em: 05 nov. 2019.

7 LOUVISON, M. C. P; ROSA, T. E. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012, p. 155-179.

8 MEDEIROS, K.K.A.S. et al. Perfil bibliométrico da produção científica (inter) nacional da Enfermagem Gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 425-438, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00425.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2019.

9 MENEZES, M. do R. Violência contra idosos: é preciso se importar! In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, p. 27-58, 2010.

10 MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde individual e coletiva. In: Souza ER (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; p. 21-41, 2007.

11 OLIVEIRA, A. A. V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 128-133, 2013.

12 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência**. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>. Acesso em 17 nov. 2019.

13 PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

14 PASINATO, M. T; CAMARANO, A. A; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos**: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006 (Texto para discussão nº 1200).

15 PINTO, F.N.F.R; BARHAM, E.J.; ALBUQUERQUE, P.P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 1159-1181, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844512020.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

16 POLTRONIERI, B.C; SOUZA, E.R; RIBEIRO, A.P. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2859- 2869, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802859&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2019.

17 SANTANA, I.O; VASCONCELOS, D.C; COUTINHO, M.P.L. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro,

v. 68, n.1, p. 126-139, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v68n1/v68n1a11.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

18 SILVA, G.C.N. et al. Violência contra idosos: uma análise documental. **Aquichan**, Chía, Colombia, v. 18, n.4, p. 449-460, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672007000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 nov. 2019.

20 SILVEIRA, L. Velhice e gênero: a violência familiar contra a mulher idosa em Vitória – ES. In: **Anais eletrônicos do XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA:** conhecimento histórico e diálogo nacional. Natal, 2013. Disponível em: <<http://www.snh2013.anpuh.org/site/anaiscomplementares#L>>. Acesso em 25 de ago de 2019.

CAPÍTULO 07

POLÍTICAS PÚBLICAS E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: um estudo de revisão

Maria Alessandra Soares Lira

Márcia Rique Carício

O envelhecimento mostra-se definido como uma mudança na estrutura etária da população no Brasil. Esse fenômeno, nas últimas três décadas, vem acontecendo de maneira muito mais intensa, tendo o número de pessoas com 60 anos de idade, aumentado, em média, nove vezes (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse fenômeno foi resultado de uma diminuição na taxa de fecundidade com acentuada queda do número de nascidos vivos. O mesmo instituto aponta que a população idosa já ultrapassa um quantitativo de mais de 15 milhões de pessoas com idade de 60 anos ou mais. A ferramenta ressalta que a população idosa, irá triplicar, de menos de 20 milhões em 2010 para quase 65 milhões em 2050 (IBGE, 2010).

Diante de tais considerações, podemos ressaltar que esse avanço no processo de envelhecimento vem acontecendo em meio a uma série de ajustes no campo da proteção social

em todos os grupos etários, sobretudo para os idosos. Apesar de observar-se a construção de variados instrumentos de garantia da proteção social específica ao idoso, as estruturas dos serviços apontam fragilidades no atendimento às necessidades dos idosos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Esse fato repercute de maneira direta nos perfis epidemiológico, econômico e social específico a essa faixa etária. Sobre o ponto de vista de como a saúde é determinada em países em desenvolvimento, observa-se que, ao longo do tempo, a saúde da população idosa declina a um contexto social povoado por um conjunto de desigualdades e vulnerabilidades que refletem diretamente em seu bem-estar, na independência e na qualidade de vida do idoso (GEIB, 2012).

E como exigir dos governantes e da sociedade maneiras de discutir e materializar o conteúdo das leis que regulamentam as políticas públicas direcionadas ao bem-estar, respeito e dignidade do idoso? Essa deficiência na efetivação dos direitos sociais a este segmento da população deixa clara a necessidade de que é preciso lutar a favor daquilo que existe de mais justo: o envelhecer com o mínimo de dignidade.

Desse modo, compreende-se que o ordenamento demográfico da população brasileira, ocasionado pelo crescimento do número de idosos, demandará novos desafios para o Estado, governo, sociedade e família. Logo, um reordenamento social será necessário a fim de permitir condições materiais dignas ao atendimento das suas necessidades, em respeito ao adequado desenvolvimento de sua dignidade.

Diante desta problemática, a pesquisa (precursora deste capítulo) objetivou analisar as publicações científicas sobre o conteúdo de políticas públicas voltadas ao envelhecimento, enfatizando a qualidade de vida. Dessa forma, tem-se a seguinte pergunta norteadora: “as políticas públicas são capazes de garantir qualidade de vida para um envelhecimento sadio”?

A abordagem da revisão de literatura teve como enfoque as políticas públicas e a qualidade de vida para idosos, nos últimos dez anos. A partir dessa temática, espera-se contribuir para que as pesquisas sobre a matéria em questão avancem com a perspectiva de oportunizar aos idosos acesso aos seus direitos e garantia de uma melhor qualidade de vida, durante o processo de envelhecimento.

O estudo teve abordagem qualitativa baseada no método da revisão integrativa. Para realização da pesquisa e conferir melhor rigor metodológico, foram aplicados os seguintes passos: identificação do problema; resposta à questão que orientou a busca na literatura; critérios de inclusão e exclusão para objetivação do estudo; apresentação das informações extraídas das bases de dados; avaliação dos estudos e interpretação dos resultados da revisão.

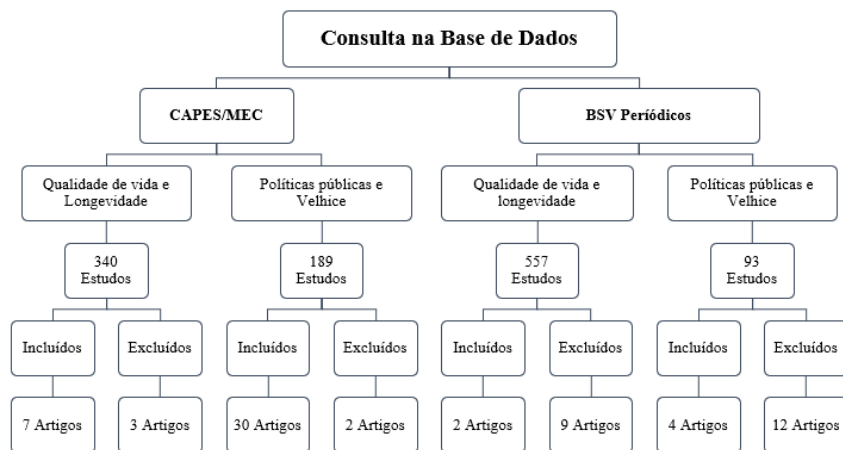
A busca foi realizada em duas bases de dados: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde e o Portal de Periódicos CAPES/MEC. Os descritores utilizados em seus cruzamentos foram “políticas públicas e velhice”, “qualidade de vida e longevidade”, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), separados pelo símbolo “AND”, como uma forma de ampliar o universo da pesquisa.

Para escolha da amostra foram adotados os seguintes critérios: os de inclusão; publicações na modalidade de artigo completo com texto disponível na íntegra e gratuito; busca por autor; e ainda, aqueles que abordassem a temática, envelhecimento bem-sucedido sobre o viés das políticas públicas, disponibilizados no período dos últimos dez anos. Os de exclusão descartaram artigos não disponibilizados, teses, dissertações, livros e aqueles que não atenderam a proposta do estudo.

A coleta de dados foi realizada de maneira distinta em dois revisores entres os períodos de setembro a outubro de 2019, com a finalidade de conferir maior rigor metodológico.

A busca dos dados seguiu os procedimentos de pesquisa geral dos artigos, por autor, leitura de títulos, resumos dos artigos selecionados, a fim de aferir maior aproximação com a questão norteadora deste estudo. O processo de amostragem dos dados resultou em um total de 105 artigos pesquisados, que tinham relação com as Políticas Públicas e Qualidade de vida encontrados nas duas bases de dados, dentre os quais 10 foram selecionados para embasar a revisão, conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1. Síntese do processo de extração das publicações pesquisadas segundo base de dados, critérios de inclusão, duplicidade, resumos avaliados e selecionados nas bases de dados.



Fonte: Própria autoria, 2019.

Para análise das publicações, foi utilizado um formulário para coleta dos dados elaborado pela pesquisadora contemplando variáveis do estudo como: autor e ano da publicação, título, tipo de estudo, periódico e objetivo. Exposto na Tabela 1.

A apresentação dos resultados e a discussão foram realizadas de forma analítica utilizando recurso de figuras ilustrativas e porcentagens simples.

Para caracterização dos artigos selecionados, foram utilizados 10 artigos científicos que receberam um código denominado pela letra E (estudo), seguida de número, conforme, visualizado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados segundo autor, ano e título, tipo de estudo, periódico e objetivo.

Código/ Autor/ Ano	Título	Periódico/ Tipo de estudo	Temática do estudo
E1 - Veras RP, Oliveira M. -2018	Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado	Ciência e Saúde Coletiva, / Análise crítica	Abordar sobre o desenvolvi- mento de um modelo de atenção para saúde do idoso
E2 - Viana ALD'A, Silva HP. -2018	Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde	Ciência e Saúde Coletiva/ Análise crítica	Examinar como o projeto de desmonte do Estado influen- cia a proteção social e saúde
E3 - Arruda, F.T. & Paiva, S.de O.C. - 2014.	A velhice vítima de negligência: omissão do Estado e rebatimentos ao Serviço Social	Revista Kairós Gerontolo- gia/Estudo crítico biblio- gráfico.	Analisar o fenômeno da violência como omissão do Estado sobre o conteúdo das políticas sociais
E4 - Fernande.s, MTO ; Soares, SM. - 2012.	O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil	Rev Esc En- ferm USP/ Análise docu- mental	Discutir os as- pectos legais do desenvolvi- mento de po- líticas de aten- ção ao idoso

Código/ Autor/ Ano	Título	Periódico/ Tipo de estudo	Temática do estudo
E5 - Duarte, CAB; Moreira, LE. - 2016.	Política Nacional de Saúde: Integralidade e Fragilidade em Biopolíticas do envelhecimento	Estud. Interdiscipli. Envelhecimento, Porto Alegre/ Análise documental	Problematizar a velhice e a construção da Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa
E6 - Alves, SB; Paiva, SOC; Arruda, FT. - 2016.	Produção de conhecimento no serviço social sobre as lutas e proteção social à velhice dos trabalhadores	Textos e Contextos (Porto Alegre)/ Teórico bibliográfico	Provocar a reflexão em torno das lutas sociais e da proteção social ao segmento idoso
E7 - Minayo, MCS. - 2018.	O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente	Ciência e Saúde Coletiva/ Análise crítica	Reflexão acerca do envelhecimento no Brasil
E8 - Minayo, MCS; Hartz, ZMA; Buss, PM. - 2000.	Qualidade de vida: Um debate necessário	Ciência e Saúde Coletiva/ Análise crítica	Analisar as relações entre saúde e qualidade de vida
E9 - Teixeira, IND; Neri, AL. - 2008.	Envelhecimento Bem- Sucedido: Uma Meta no curso da Vida	PSICOL. USP/Análise documental	Discutir o significado do envelheceminto bem-sucedido

Fonte: Própria Autoria, 2019.

Dos dez artigos pesquisados, observou-se um salto de oito anos para uma nova publicação, comparada com a publicação do ano 2000. Entre as 10 publicações dessa classificação, 03 (30%) tiveram uma média de publicação temporal adotada de um a dois artigos por ano. E 08 (80%) desses estudos enfocaram a temática do conteúdo pretendido para análise. Apresentado na Tabela 1.

Apenas oito estudos dessa categorização foram analisados na íntegra por corresponderam a abordagem da pesquisa e atenderem aos critérios empregados.

Entre os selecionados com o enfoque sobre as Políticas Públicas e qualidade de vida apresentaram como objeto de estudo: a) Modelo de atenção à saúde do idoso, b) Proteção Social e saúde, c) Violência e Saúde, d) Saúde e Qualidade de vida, e) Envelhecimento bem-sucedido, f) Reflexões e Debates sobre o Envelhecimento. Conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos artigos pesquisados na base de dados Periódicos CAPES/MEC e Portal Regional da BVS, conforme objeto de estudo.

Classificação	Quantidade
Modelo de Atenção à Saúde do Idoso	01
Proteção Social e Saúde	02
Violência e Saúde	01
Saúde e Qualidade de Vida	01
Envelhecimento Bem-Sucedido	01
Reflexões e Debates sobre o Envelhecimento	02

Fonte: Própria Autoria, 2019.

A análise completa dos artigos permitiu encontrar duas categorias temáticas. A primeira é Políticas para Idosos e a segunda, Envelhecimento Bem-sucedido. Verificou-se que metade dos periódicos, ou seja, 5 das 10 publicações (50%) dos estudos são contemplados pela revista Ciência e Saúde Coletiva, verificando-se prevalência desse instrumento junto as publicações pesquisadas.

Em se tratando do tipo de estudo, ocorreu uma alternância entre estudo crítico e bibliográfico. Três (30%) das publicações destacaram um enfoque sobre o estudo documental, quatro (40%) como análise crítica.

No que se refere aos locais em que os estudos foram realizados, nove (90%) desses periódicos se concentraram na região sul do país, verificando-se também carência de mais pesquisas realizadas em regiões de maior concentração dos bolsões de pobreza. Quanto ao país de origem, nove (90%) estão concentrados no Brasil, sendo que apenas um (1%) tem como país de origem Portugal.

Em relação ao título do estudo abordado, dois (20%) deles versam sobre a produção de conhecimento no campo do Serviço Social, verificando-se ainda, que a temática das políticas é um campo de atuação intrínseco ao componente da profissão do serviço social, por esta trabalhar juntamente com os usuários que mais demandam serviços oriundos das políticas públicas.

A análise dos estudos perpassa por uma busca recorrente e constante pela institucionalização de políticas públicas

que proporcionem condições favoráveis de envelhecimento para pessoa idosa.

O estudo provocou uma análise sobre a caracterização do marco internacional de políticas direcionadas ao idoso. O autor contextualizou os principais documentos internacionais e nacionais que embasaram uma reflexão mais adensada acerca do envelhecimento e suas principais implicações. Nos últimos anos, devido ao crescimento populacional, a questão da velhice tem sido mais evidenciada. Segundo o autor, desde a década de 80, a Organização Mundial das Nações Unidas reivindica esta pauta (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Além disso, a explanação identificou que mesmo após a criação de documentos balizadores de políticas, a realidade está longe de atender às demandas da população idosa, pois são metas distorcidas da realidade de muitos municípios, que ainda transitam lentamente no sentido de efetivá-las.

Outro ponto que merece destaque na análise é a evidência de que os modelos de políticas públicas recaem sobre o mesmo erro, que é o foco exclusivo na doença. A literatura aponta que a lógica deve ser inversa, ou seja, as políticas precisam dialogar de maneira integral. O não cumprimento desta prática acaba por fragmentar o cuidado ao idoso, focando apenas na parte, não contemplando o todo. Logo, a pesquisa apontou que o envelhecer de maneira saudável carece reordenar o cuidado ao idoso, focando em suas particularidades.

Ao examinar o segundo artigo, verificou-se que o mesmo contextualiza o surgimento da política de saúde.

Nesse estudo, a autora recordou que a saúde pública surgiu de uma mobilização social de vários segmentos da sociedade. Para ela, a saúde deve ser entendida como um bem público coletivo e universal acessível a todo cidadão. Por outro lado, a saúde passou a ser um bem privado, tendo acesso a ela aqueles que podem pagar, o que acaba gerando um desalinhamento social (VIANA; SILVA, 2018).

Um ponto importante abordado na explanação da pesquisadora perpassa pela reflexão de que, atualmente, existe um processo contínuo de desresponsabilização do coletivo com a saúde dos indivíduos, ou seja, o individual se sobrepõe à coletividade.

O estudo apontou que a desregulamentação do Estado vem subjetivamente se desenhando sobre essa lógica do recrudescimento do coletivo, a favor da prestação de serviços privados. Este fenômeno se enraizou justamente com a proposta econômica neoliberal que amplia os mercados e suas formas de concorrência. O neoliberalismo denota uma preferência por mercados (sobre os governos), por incentivos financeiros (em contrário às políticas sociais) e o apelo ao empreendedorismo individual.

Dessa combinação enviesada surgem as consequências, uma vez que o social passa a ser entendido como problema e não uma consequência da soma desses fatores. A ausência da cobertura social, ou seja, o número de pessoas que não tem nenhum tipo de proteção social representa mais da metade da população mundial (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Nesse sentido, a pesquisa mostrou que os mais fragilizados eram os menos acobertados por políticas públicas, devido a grande lacuna de desresponsabilização do Estado, na promoção das políticas de proteção social aos segmentos mais vulneráveis.

Ao verificar o texto três, percebeu-se que também apontou aspectos sobre a construção de políticas públicas para o idoso. A análise da autora chamou a atenção ao sinalizar que, no início, a ação governamental tinha apenas significado de cunho caridoso.

Outro aspecto relevante mencionado pela mesma autora, foi que o surgimento das políticas sociais estava atrelado à combinação de fatores como: aceleração do crescimento industrial; e o surgimento de doenças epidêmicas. Assim, foram exigidas, por parte dos governantes, estratégias sobre o viés das políticas públicas para enfrentar os problemas sociais que emergiram dessa equação (FERNANDES; SOARES, 2012).

A pesquisa demonstrou, ainda, que a formulação de políticas para o público idoso, no Brasil, é relativamente recente. Além disso, esta abordagem dialoga com o estudo de Veras e Oliveira (2018), quando mencionam os desdobramentos da política neoliberal implantada no Brasil. Outro ponto importante apresentado foi que as políticas públicas surgiram essencialmente para atender reivindicações da classe industrial, não levando em consideração as necessidades básicas da população.

O artigo evidenciou que as políticas de saúde foram pensadas para população infanto-juvenil, pois, à época, a

base demográfica apontava para uma população de pessoas jovens. Só após a década de 70, é que o processo sócio-político começou a realizar mudanças devido ao novo perfil da população. A pesquisadora mencionou que existem muitas políticas focadas no público idoso, no entanto, ressaltou dificuldades em sua implementação.

Ao apreciar o enfoque abordado no quarto estudo, observaram-se as mesmas prerrogativas já evidenciadas no estudo 1 e 2: a implantação de uma política que atenda, de maneira integral, ao idoso. Um outro ponto abordado foi a conceituação sobre a velhice, que vai desde os formais aos históricos, buscando evidências na análise Foucaultiana.

Outro aspecto relevante corresponde ao entendimento de que, para além de políticas, o idoso é também um ser biopsicossocial, necessitando de atenção de forma integral de acordo com suas fragilidades, reconhecendo sua importância na sociedade.

A abordagem do quinto estudo apresentou aspectos relevantes quanto à construção de serviços sociais no campo das políticas públicas. Demonstrou-se que o processo para aquisição de direitos sociais do idoso surgiu de um ideal marcado por lutas e conquistas.

A autora enfocou a análise dialética como abordagem metodológica em sua pesquisa que, para os autores de Serviço Social, significa analisar a realidade social para além da sua mera aparência, a partir do materialismo histórico e dialético. Um método que se vinculou à vertente teórica e crítica de Karl

Marx (ALVES; PAIVA, ARRUDA, 2016). Sob a ótica da pesquisa empregada, mereceu-se destaque a compreensão de que o idoso, pertencente à classe trabalhadora, produz socialmente a riqueza e não usufrui de sua produção.

O estudo aponta para um direcionamento sobre políticas sociais voltadas ao segmento idoso. Por outro lado, ele faz uma abordagem contrária na explanação trê que sinaliza um cenário aparentemente recente sobre o surgimento de políticas públicas para idosos. Fato este contrastado ao se observar a análise cinco a qual sinaliza que as políticas públicas capazes de assegurar proteção social a velhice não é algo tão recente como parece, e muito menos nasceu em território brasileiro.

O texto sinaliza que surge na Inglaterra, no reinado de Henrique VII uma espécie de legislação voltada para mendigos e velhos incapacitados para o trabalho (ALVES; PAIVA; ARRUDA, 2016). Além disso, a pesquisa ressalta que a lógica modal de seguro social consolidada no rol da legislação brasileira possui um viés de seguro meritocrático. A abordagem que compreende esse estudo se entrelaça com as já observadas na análise 1 e 2 acerca do entendimento sobre política neoliberal, aquela a qual prioriza os mercados a favor de seus interesses secundários financeiristas.

Considera-se que, ao observar seus grifos, a autora chama a atenção sobre o reconhecimento das políticas públicas, sem esquecer que, em todo tempo, as crises cíclicas do capital geram consequências tão danosas que se desdobram em condições desfavoráveis para o idoso. A

pesquisa ainda ressalta que o estudo de Paiva é referência em produção teórica de conhecimento adotado pelo Serviço Social no campo da velhice.

Minayo, Hartz e Buss (2000) corroboram com as ideias acima apresentadas, apontando a necessidade de se pensar estratégias capazes de lidar com o acelerado crescimento da população idosa.

A análise da pesquisa permitiu verificar que a política de saúde vem adquirindo novos contornos e atualmente dirige seus esforços em serviços que priorizem a prevenção das doenças crônicas e investimento em tipo de saúde multidisciplinar, o que requer repensar o paradigma biomédico hegemônico empregado em nossa cultura.

Salienta ainda que os atuais serviços carecem de melhoria, pois geralmente se mostram insuficientes ou incompletos, inviabilizando o cuidado. A exemplo, ressalta que considerando os países europeus, o Brasil necessita qualificar sua maneira de lidar com idosos que perderam sua autonomia, pois estes, constituem o público mais negligenciado pelo Estado e pela sociedade.

Minayo, Hartz e Buss (2000) traçam apontamentos sobre as relações entre saúde e qualidade de vida. A análise da pesquisa chama a atenção para um enfoque sobre parâmetros de subjetividade como: bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal e objetividade: satisfação de necessidades básicas.

A análise sobre o texto permitiu encontrar instrumentos construídos para medir qualidade de vida. Destacam-se os bioestatísticos, psicométricos e econômicos todos eles fundamentados em uma lógica de custo-benefício.

Para os autores, essas técnicas para aferição de qualidade de vida não consideram o contexto sociocultural e histórico dos indivíduos cujo instrumento se pretende avaliar. Para eles, o termo qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e tem alcançado grau máximo de satisfação à medida que o indivíduo se realiza em seus processos sociais, familiares, amoroso e ambiental (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O texto apontou que o discurso sobre qualidade de vida e saúde, cujas ideias embasaram a tese das políticas públicas e movimentos sociais, é bastante generalizante e inespecífico, embora exista desde o nascimento da medicina social.

Outro ponto abordado no estudo aponta para o redimensionamento da qualidade de vida, revitalizando o conceito de promoção da saúde para concepção atual de determinantes da saúde: 1) estilo de vida, 2) avanços da biologia humana, 3) ambiente físico e social, trazendo a discussão de um conceito ampliado de promoção da saúde.

No entanto, os autores lembram que os indicadores de saúde aferem conceitos muito subjetivos. No estudo são apontados minimamente parâmetros capazes de garantir

qualidade de vida como: alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer.

São estes elementos materiais que podem conferir o bem-estar e a realização pessoal. Contraditoriamente, o estudo ressalta que no mundo ocidental critérios de desemprego, exclusão social e violência são indicadores objetivos que aferem a não qualidade de vida.

Por outro lado, o estudo adensa suas análises e aponta que a qualidade de vida assinala para um campo completamente diversificado uma vez que pode estar associado às condições de vida e ideias de desenvolvimento sustentável. Ainda deve priorizar o campo democrático, aonde se materializa as noções de direito e cidadania.

Por fim, no oitavo texto estabelece um aspecto de que não há um conceito consensual sobre o envelhecimento bem-sucedido. Segundo a análise da pesquisa, o termo versa sobre uma maneira indiscriminada para explicar o processo benéfico do envelhecimento.

A pesquisa infere comparações já mencionadas por Minayo, Hartz e Buus (2000), ao mencionar indicadores como instrumentos de medir qualidade de vida. Ressalta que o processo de envelhecer envolve diversos fatores desde os individuais, sociais, psicológicos aos biológicos. Faz um apanhado sobre os diversos conceitos acerca da temática envelhecer bem-sucedido.

O texto ressalta que o conceito mais significativo adotado pela medicina condiciona o sucesso para uma

boa velhice a sua associação ao melhor desempenho no desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD's) (TEIXEIRA; NERI; 2008). Porém, a análise empregada destaca que idosos quando submetidos às pesquisas ressaltam critérios subjetivos, incluindo o engajamento social como parâmetros essenciais para um envelhecer bem-sucedido.

Além disso, o enfoque do estudo destaca que a concepção de envelhecimento bem-sucedido considera que os déficits cognitivos e fisiológicos podem sofrer alterações ao longo da vida influenciados por mudanças de comportamento como: atividades físicas, suporte social e capacidade de auto eficácia, independentemente da existência de doenças crônicas e de características sociodemográficas.

Portanto, o texto chama a atenção para o envelhecer bem-sucedido comparado a uma organização social que só pode ser alcançado quando se estabelece metas pessoais ao longo da vida.

Através do estudo dos artigos, podemos concluir que o objetivo do estudo foi atendido. A análise dos conteúdos permitiu inferir uma reflexão de que existem muitos estudos sobre a matéria do envelhecimento e suas políticas. Porém, todos são unâimes quando estabelecem em suas pesquisas que há uma carência de reordenamento sobre o gerenciamento das políticas sociais e que o envelhecer bem está condicionado a uma meta que deve ser adotada ainda na fase juvenil da vida.

Ao certo, o que se torna evidente, é que as políticas públicas surgem para cumprir um papel já bem definido por parte do Estado maior. Certamente, algumas pessoas acessaram as políticas, enquanto outras ficaram na via do conformismo. Diante de uma sociedade que estreita seus vínculos sob o viés do estigma, é possível, hipoteticamente, deduzir as dificuldades que os mais fragilizados enfrentaram para acessar as políticas sociais básicas.

Logo, cabe ao Estado garantir que as leis promovam condições sociais, econômicas e políticas apropriadas para garantir uma melhor qualidade de vida aos idosos. Torna-se contraditória a luta travada pelo homem para promover o envelhecimento justo e ativo, com direitos se na prática essa luta má direcionada contribui para a continuidade da exploração, do isolamento, do sofrimento e da exclusão social e econômica do idoso.

Assim, espera-se que esse trabalho possa levar a reflexão sobre a importância da institucionalização de políticas públicas para melhoria da qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1 ALVES, S.B; PAIVA, S.O.C; ARRUDA, F.T. Produção de conhecimento no serviço social sobre as lutas e proteção social à velhice dos trabalhadores. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v.15, n. 1, p. 75 - 83, jan./jul. 2016.

2 BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: **Ipea**, P.15, 2004.

3 FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

4 GEIB LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Cien Saude Colet**, 17(1):123-133, 2012.

5 IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

6 MINAYO, M.C.Z.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

7 MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** vol.19, 2016.

8 TEIXEIRA, I.N.D.O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 14, 2008.

9 VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2018.

10 VIANA, A; SILVA, H.P. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

CAPÍTULO 08

REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Luana Jesus de Almeida da Costa Arnaud

Lúcio Roberto Cançado Castellano

O fenômeno do envelhecimento populacional ocorre em escala mundial e o Brasil não é uma exceção neste panorama. Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS) considera-se idoso, a pessoa que possui idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos e, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, quem apresenta 60 anos (NOGUEIRA et al., 2017; FIGUEIREDO NETO, 2018).

A população brasileira tem envelhecido cada vez mais, com 25,4 milhões de idosos em 2012 e 30,2 milhões em 2017. No ano de 2019, o contingente de idosos com 60 anos ou mais, representou 9,52% da população, o que corresponde a 210,9 milhões de habitantes e a expectativa de vida ao nascer era de 76,05 anos. As mulheres apresentam um envelhecimento mais expressivo, com 16,9 milhões de mulheres idosas (56%), já os homens idosos são 13,3 milhões (44%) (IBGE, 2017; IBGE, 2019).

Neste contexto, o processo de transição demográfica, caracterizado pela diminuição da natalidade e da mortalidade, bem como o aumento da expectativa de vida produz o

envelhecimento populacional. No Brasil e nos países em desenvolvimento, essa reestruturação ocorreu tardiamente e de maneira bastante acelerada. Tal processo se deu principalmente pela diminuição das taxas de mortalidade, por conta dos progressos tecnológicos em saúde; diminuição das taxas de natalidade; melhorias no saneamento básico; criação de políticas públicas específicas; bem como a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde (DIAS MYRRHA; TURRA; WAJNMAN, 2017).

Destarte, percebe-se que a transição demográfica brasileira tem ocorrido de forma bastante acelerada. Dados apontam que o país terá 32 milhões de idosos em 2025 e 64 milhões em 2050 e será o sexto país com maior número de idosos. Destaca-se, portanto, a importância dos estudos direcionados a esta temática (IBGE, 2013; BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014).

O envelhecimento corresponde a um processo dinâmico, gradual, heterogêneo, que expressa alterações morfológicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais, tais como: diminuição de habilidades motoras e cognitivas, perda de força, flexibilidade e movimento. Nesta perspectiva pode alterar a capacidade funcional do idoso e as diversas dimensões que a ele estão associadas (PAPALÉO NETO, 2007; SANTOS; GRIEP, 2013; CORDEIRO et al., 2014).

Portanto, quando se fala em saúde do idoso o conceito de saúde se torna mais abrangente, pois a maioria dos idosos convive com alguma patologia e mesmo assim consegue atingir o completo bem-estar. Logo, o envelhecimento

saudável leva em conta outras variáveis, como, por exemplo, a capacidade funcional, já que para a maioria dos idosos a manutenção da funcionalidade é mais importante por permitir o bem-estar em idade avançada (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Diante do exposto, o termo capacidade funcional compreende a questão da autossuficiência do idoso para tomar decisões e realizar atividades cotidianas em sua vida, englobando as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (BARBOSA et al., 2014; FERREIRA, 2015).

Considerando esta nova realidade relacionada à saúde das pessoas idosas, a avaliação da qualidade de vida também se faz necessária. Este termo envolve a percepção do idoso acerca da sua própria vida, abrangendo questões culturais, sociais, valores morais e perspectivas em relação ao futuro (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Tomando como referência as duas variáveis descritas, percebe-se que o aumento da dependência funcional e cognitiva, bem como a diminuição da qualidade de vida acabam levando o idoso a necessitar de uma maior assistência, por um período de tempo mais elevado. Neste sentido, muitas vezes os familiares preferem colocar o idoso em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), pois não sabem lidar com essa nova realidade (ANTONELLI et al., 2017).

Sendo assim, é importante analisar os achados dos estudos que investigam estas duas variáveis, a fim de obter

parâmetros para instituir programas de incentivo à realização de atividades funcionais, que possam auxiliar na mobilização dos idosos e repercutir nas suas tarefas cotidianas.

Desse modo, o estudo que originou este capítulo busca analisar as publicações científicas existentes de 2010 a 2019 sobre a qualidade de vida e capacidade funcional de idosos institucionalizados, com a finalidade de verificar a existência de estudos que associem estas duas variáveis e ressaltem sua influência nas atividades de vida diária dessa população.

O mencionado trabalho consistiu em um apanhado integrativo da literatura, realizada por meio de pesquisa nas bibliotecas eletrônicas Scientific Electronic Library Online (Scielo) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas quais foram pesquisados os estudos provenientes de três bases de dados específicas: a Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A pesquisa foi desenvolvida no período compreendido entre janeiro de 2010 a novembro de 2019 e foram aplicados os seguintes descritores para a busca dos artigos: “qualidade de vida”, “capacidade funcional”, “saúde do idoso institucionalizado” e “instituição de longa permanência para idosos”.

Este método foi utilizado tendo em vista que a revisão integrativa busca apresentar de forma sucinta resultados obtidos em estudos a cerca de um tema, de modo sistemático, ordenado e abrangente, fornecendo conhecimento e

informações mais amplas” (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Dentro desta perspectiva, objetivando conferir rigor metodológico ao estudo foram desenvolvidas algumas etapas: reconhecimento do problema, com a definição do questionamento norteador do estudo; determinação dos critérios de inclusão e/ou exclusão dos estudos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos estudos (coleta de dados); leitura e avaliação crítica dos estudos incluídos; avaliação e análise dos resultados; finalizando com a apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Assim, para direcionar o trabalho e dar início às etapas da pesquisa, a pesquisadora definiu a seguinte questão norteadora: Existem na literatura trabalhos que façam a inter-relação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos institucionalizados? Em seguida, realizou a busca dos estudos nas bibliotecas virtuais, dentro das bases de dados citadas e posteriormente fez a leitura dos títulos e resumos, no intuito de identificar os estudos que se encontravam no escopo da pesquisa, fazendo uma pré-seleção da amostra.

Na sequência, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos completos, que abordavam a questão direcionadora do estudo e então os artigos selecionados foram categorizados, a partir do instrumento elaborado pela pesquisadora, para facilitar a tabulação e compilação dos dados.

Para selecionar a amostra, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: publicações na modalidade de artigo

original; texto completo disponível na íntegra e gratuitamente; artigos com idioma em português e inglês; abordagem da temática capacidade funcional e qualidade de vida de idosos institucionalizados; presença das palavras-chaves escolhidas, no título do trabalho ou inseridas no resumo e publicações executadas no período de janeiro de 2010 a novembro de 2019.

Foram excluídos da amostra teses, dissertações e artigos que não estivessem disponíveis na íntegra ou pertencessem a outros idiomas, assim como, foram excluídas as publicações que não abordassem o objeto de estudo. Vale frisar que a busca e a escolha dos estudos foi realizada por apenas um revisor de forma independente.

Os artigos selecionados foram obtidos na íntegra por meio eletrônico e os descritores utilizados para o cruzamento nas bases citadas foram “qualidade de vida”, “capacidade funcional”, “saúde do idoso institucionalizado”, “instituição de longa permanência para idosos”, sendo investigados em português e inglês, a fim de que fosse encontrado um maior número de estudos acerca da temática. Tais termos apresentavam-se em consonância com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e foram pesquisados separados pelo operador booleano “and”. Apenas o termo capacidade funcional não era considerado um descritor pelo DeCS, no entanto, foi incluído na busca devido a sua larga utilização como palavra-chave.

Para efetuar a análise das publicações foi utilizado um formulário de coleta de dados, elaborado pela pesquisadora,

abrangendo itens como: título do artigo; ano de publicação; periódico publicado; idioma; qualis do periódico; área de conhecimento; tipo de estudo e abordagem da pesquisa; objetivo e principais resultados encontrados.

Os artigos utilizados foram organizados de acordo com as evidências encontradas no estudo e os resultados foram apresentados de forma descritiva pela interpretação dos achados. Foi utilizada também a estatística descritiva simples, através de gráficos, para melhor representar o quantitativo de artigos científicos publicados, bem como foram criados quadros para facilitar a categorização dos resultados presentes na literatura.

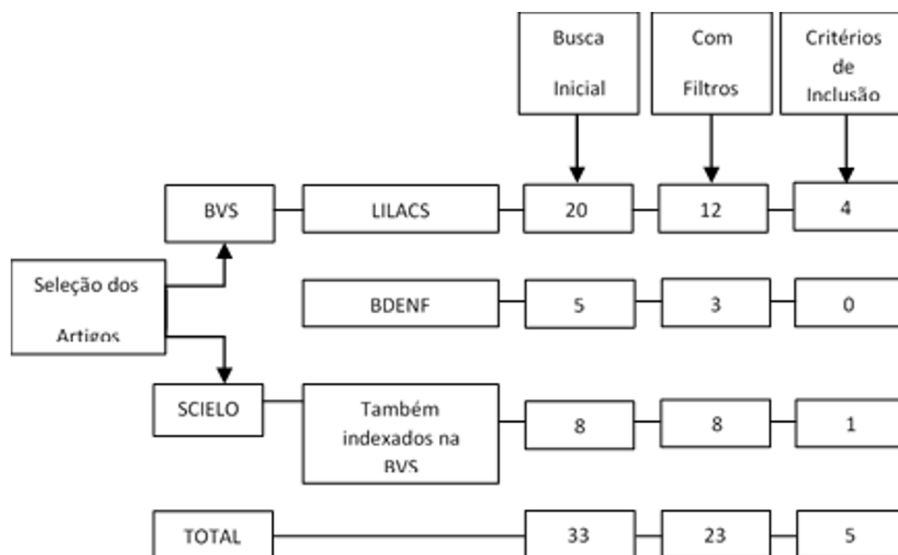
Realizou-se a busca dos artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Scientific Eletronic Library Online (Scielo), investigando nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF. Foi considerado como espaço temporal janeiro de 2010 a novembro de 2019 e utilizado os descritores de busca: “qualidade de vida”, “capacidade funcional”, “saúde do idoso institucionalizado” e “instituição de longa permanência para idosos”.

A coleta de dados foi executada em duas etapas. A primeira consistiu na busca avançada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), obtendo-se o seguinte detalhamento do quantitativo dos artigos: LILACS, 20; BDENF, 5; MEDLINE, 0, totalizando 25 artigos científicos encontrados. Ao aplicar os filtros: texto completo (disponível na íntegra), ano de publicação (2010 a 2019) e idioma (português/inglês), apenas 15 publicações foram encontradas, sendo: 12 indexadas

no LILACS e 3 indexadas na BDENF. Destes, 03 estavam disponíveis em inglês, 05 em inglês e português e 07 apenas no idioma português.

Quando a busca foi realizada no Scielo, utilizando os mesmos descritores e filtrando as mesmas bases de dados foram encontrados oito artigos científicos, todos disponíveis em português e inglês. Destes, sete também estavam indexados na BVS e apenas um, que não estava indexado na BVS, abordava a questão norteadora da pesquisa e por esta razão também foi contabilizado na amostra, tal qual pode ser visualizado na figura 01.

Figura 01. Fluxograma da seleção dos artigos para compor a amostra.

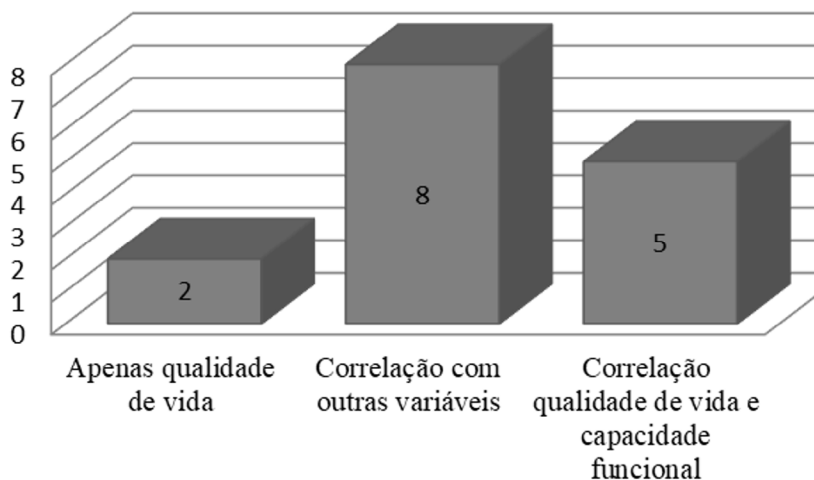


Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Após o processo de seleção e identificação dos artigos, prévia leitura dos títulos e resumos, percebeu-se que dois artigos abordavam apenas a temática da qualidade de vida; oito correlacionavam outras variáveis, tais como: quedas, fragilidade, lombalgia, psicomotricidade, estado nutricional, incontinência urinária, cognição, musicoterapia, com a qualidade de vida ou com a capacidade funcional e apenas cinco estudos se encontravam dentro do escopo da pesquisa, isto é, faziam associação entre capacidade funcional e qualidade de vida de idosos institucionalizados, conforme observado no gráfico 01.

Desse modo, ao final da busca e seleção da amostra, preencheram aos critérios de inclusão apenas cinco artigos. Os demais (dez) foram descartados por não atenderem aos pré-requisitos de seleção da amostra.

Gráfico 01. Quantitativo de artigos encontrados.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Na segunda etapa, foi feita a leitura minuciosa dos cinco trabalhos científicos que representavam a amostra. A partir desta leitura e análise, alguns dados foram categorizados, tais como: título do artigo; nome do periódico, no qual o artigo foi publicado; qualis do periódico (área interdisciplinar); ano de publicação do artigo e área de conhecimento científico, a qual pertence à temática publicada (Quadro 01).

Quadro 01. Distribuição dos artigos selecionados segundo título, periódico, qualis, ano de publicação e área de conhecimento.

Título do artigo	Nome do periódico/ Área de conhecimento	Qualis/ Ano
Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado	Revista Kairós Gerontologia Fisioterapia	B3 2014
Qualidade de vida sob a óptica da pessoa idosa institucionalizada	Revista Brasileira de Promoção da Saúde Enfermagem	B4 2016
Institucionalização e atividade física em idosos e suas relações com medo de cair e qualidade de vida	Scientia Médica Fisioterapia	B2 2015
Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia Fisioterapia	B1 2010
Qualidade de vida em idosos institucionalizados com queixa de tontura: um estudo transversal	Revista CEFAC Fisioterapia	B1 2018

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os artigos que compuseram a amostra ainda foram classificados segundo o título do artigo, o tipo de estudo e abordagem da pesquisa, os instrumentos utilizados no decorrer da investigação, o objetivo do estudo e os principais resultados encontrados (Quadro 02).

Quadro 02. Distribuição dos artigos selecionados de acordo com título, tipo de estudo, abordagem da pesquisa, objetivo e resultados.

Título do artigo	Tipo de Estudo e abordagem da pesquisa	Instrumentos utilizados	Objetivo do estudo	Resultados encontrados
Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado	Estudo de campo, transversal, quantitativo.	Questionário sociodemográfico, Índice de Katz e Whoqol-Brief.	Analisar a QV e a CF de idosos institucionalizados.	Os idosos estudados apresentaram níveis satisfatórios de QV e CF. Dos 20 idosos avaliados, 40% apresentaram-se independentes para todas as atividades de vida diária.
Qualidade de vida sob a óptica da pessoa idosa institucionalizada	Estudo descritivo, qualitativo.	Entrevistas estruturadas com dados sociodemográficos e questões sobre fatores que interferem na qualidade de vida e atividades de vida diária.	Analisar o conceito atribuído à QV sob a óptica de idosos institucionalizados.	Evidenciou-se que a independência, a autonomia, o bem-estar psicológico e o sentimento de utilidade social tem forte ligação com as dimensões da QV e da CF. Na percepção dos idosos a QV envolve fatores objetivos e subjetivos, tais como: vida social, cultura, saúde física e psicológica, humor e trabalho.

Título do artigo	Tipo de Estudo e abordagem da pesquisa	Instrumentos utilizados	Objetivo do estudo	Resultados encontrados
Institucionalização e atividade física em idosos e suas relações com medo de cair e qualidade de vida	Estudo transversal, descritivo e comparativo, quantitativo.	Ficha para caracterizar participantes; Item Short Form Health Survey (SF-36); Falls Efficacy Scale-International (FES-I).	Avaliar a associação da institucionalização e da prática de atividade física com o medo de cair e a QV de idosos.	Houve diferença significativa entre os grupos de idosos avaliados (institucionalizados, não institucionalizados ativos e não institucionalizados não ativos), com relação à QV e CF. A institucionalização associou-se a maior preocupação com quedas, menor capacidade funcional e menos queixas de dor.
Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência	Estudo longitudinal, prospectivo (18 meses), quantitativo.	Questionário sócio-demográfico e clínico, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Índice de Katz, SPPB (cognitivo-funcional) e análise do quantitativo de quedas.	Avaliar em que medida a SPPB detecta alterações na CF de idosos institucionalizados no período de 18 meses e analisar o quanto as alterações da SPPB no seguimento são acompanhadas por alterações nos domínios cognitivo, clínico e funcional global dos idosos institucionalizados.	Todos os idosos avaliados apresentaram perda de força e episódio de queda. Quanto ao equilíbrio e marcha, notou-se melhora. O SPPB superou o índice de Katz, identificando melhor os subgrupos de risco, os itens de força e cognição e suas repercussões no convívio social e na CF e de lazer dos idosos avaliados. Observou-se a importância das atividades de lazer, sugerindo que a incapacidade física gera maior limitação social e QV do que a incapacidade mental.

Título do artigo	Tipo de Estudo e abordagem da pesquisa	Instrumentos utilizados	Objetivo do estudo	Resultados encontrados
Qualidade de vida em idosos institucionalizados com queixa de tontura: um estudo transversal	Estudo analítico transversal, quantitativo.	Entrevistas estruturadas; dados do desempenho físico: Escala de Equilíbrio de Berg; Tempo de apoio unipodal com os olhos abertos e fechados; Teste de Alcance Funcional; Falls Efficacy Scale-International (FES-I); dados da qualidade de vida (Dizziness Handicap Inventory).	Avaliar a QV em idosos institucionalizados com queixa de tontura e relacionar esses resultados às características da tontura e sua CF.	Foram encontradas associações entre os aspectos físico, funcional, emocional e a tontura. Idosos institucionalizados com queixa de tontura apresentaram baixa percepção da QV. A duração da tontura, a idade, a presença de queda e o medo de cair influenciaram negativamente a QV. Os idosos mais velhos apresentaram desempenho pior em testes de CF.

Fonte: Dados da pesquisa (2019). Legenda: QV: Qualidade de Vida; CF: Capacidade Funcional.

Os resultados encontrados apontaram a existência de apenas cinco artigos que fazem correlação da qualidade de vida com a capacidade funcional de idosos institucionalizados, demonstrando assim, uma produção científica escassa acerca desta temática. A maioria dos estudos encontrados, apesar de abordar aspectos relativos a alguma destas variáveis cor-

relacionavam uma delas ou ambas com uma terceira variável, como, por exemplo, queda, fragilidade, psicomotricidade, dor lombar, musicoterapia, estado nutricional, etc.

A revisão integrativa permite buscar, avaliar e sintetizar as informações disponíveis do assunto estudado, tendo como resultado final a situação atual desse conhecimento e a identificação de lacunas (...) (SOUSA et al., 2017). Deste modo, possibilita a inserção dos resultados de estudos significativos e reflete a Prática Baseada em Evidências (PBE) no contexto da saúde, por isso, tem sido amplamente utilizada nesta área nos últimos anos, constituindo um abrangente corpo de conhecimento, com rigor metodológico (COSTA et al., 2017).

No que concerne aos anos de publicação dos artigos encontrados, estes variaram bastante, com uma publicação realizada em 2010, seguida por três anos sem estudos nesta área, retomando as publicações nos anos consecutivos (2014, 2015, 2016, e 2018), indicando assim, certa descontinuidade das publicações ao longo do tempo.

Foi observado ainda que quatro, das cinco publicações encontradas, referem-se à Fisioterapia, algo já esperado devido à temática da capacidade funcional do idoso envolver diversos aspectos relativos a este campo do saber, tais como: mobilidade, força, equilíbrio, bem como as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além de que ao estudar a saúde do idoso de maneira integral sempre se investiga a qualidade de vida.

Tolves et al. (2016) desenvolveram um estudo com a finalidade de analisar os trabalhos publicados em periódicos

brasileiros na área da Fisioterapia e averiguar sua relação com as especialidades da profissão, observando que a região sudeste tem o número mais expressivo de periódicos e publicações. Com relação ao Qualis, a classificação B1 e B4 foram as mais frequentes, a área de maior publicação foi a Traumato-ortopédica e as pesquisas quantitativas, com seres humanos foram predominantes. Alguns destes resultados apresentados se coadunam com os achados do estudo em questão.

Dos cinco artigos encontrados associando as duas variáveis, três apresentaram uma abordagem quantitativa, tal aspecto é bastante observado nas produções brasileiras na área da saúde. No estudo realizado por Araújo et al. (2018), 75% das publicações exploradas (n=32 artigos), acerca da atuação dos exercícios físicos no aumento da qualidade de vida do idoso, tinham uma abordagem quantitativa. Isso ocorre geralmente porque as pesquisas de campo buscam exprimir as relações dos fenômenos por meio de dados métricos, a partir de uma amostra relativamente grande.

Na revisão bibliométrica realizada por Ribeiro (2015), a qual caracterizou os estudos brasileiros de avaliação dos serviços de saúde do idoso (n=17 artigos), a maioria das publicações analisadas apresentava uma abordagem quantitativa. Assim como no estudo realizado por Medeiros et al. (2014), no qual dos artigos selecionados (n= 324 artigos), verificou-se que a maioria tinha um enfoque quantitativo, em detrimento do qualitativo, gerando uma proporção de 1,6/1, o que também corrobora com achados do presente estudo.

Vale salientar que o Qualis de todos os periódicos dos artigos selecionados foi B, variando de B1 a B4, o que reflete uma classificação intermediária dos estudos encontrados. O Qualis corresponde a uma classificação dos periódicos científicos em estratos de qualidade, definida pela CAPES. Na pesquisa realizada por Duarte et al. (2015), destaca-se que 24 periódicos (52,4%), considerados a maioria em sua pesquisa, foram classificados com Qualis A1, A2 e B1; e 20 (43,3%) deles possuíam Qualis B2, B3 e B4, tal qual encontrado no mencionado estudo.

Quanto à descrição e associação das variáveis, a maioria dos estudos analisados retrata que a capacidade funcional está intrinsecamente associada à qualidade de vida e que ambas apresentam uma diminuição quando investigadas em idosos institucionalizados. Segundo Reis; Reis; Torres (2015) “a capacidade funcional representa a independência para viver, realizar atividades físicas e cognitivas necessárias para manter os afazeres básicos e instrumentais”. Percebe-se dessa forma a influência direta desta variável nas atividades cotidianas e na qualidade de vida da população idosa institucionalizada.

No estudo realizado por Jerez-Roig et al. (2016), um dos primeiros a examinar os elementos relacionados à autopercepção da saúde em idosos institucionalizados no Brasil, os autores evidenciaram que é importante realizar atividades que promovam à saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), objetivando melhorar a qualidade de vida, como também ressaltaram a existência de uma lacuna na literatura científica quanto à autoavaliação acerca desta variável.

Ao determinar o perfil bibliométrico da produção científica em saúde do idoso, no âmbito da Enfermagem, Medeiros et al. (2014) apontaram uma maior frequência dos estudos com as seguintes temáticas principais: doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), qualidade de vida, cuidadores e capacidade funcional. Contudo, na presente revisão foi observado que a maioria dos estudos aborda tais temáticas de maneira isolada ou correlacionada com outras variáveis. Medeiros et al. (2014) reafirmaram também a premência de que profissionais da área da enfermagem desenvolvam pesquisas observando a literatura internacional, a interdisciplinaridade e a inserção social do idoso(...), aspectos estes também comprovados em nosso trabalho.

Desta maneira, considera-se que são grande os desafios a serem enfrentados no processo de envelhecimento da população brasileira, uma vez que o país já tem um importante percentual de idosos, que tende a aumentar nos próximos anos. Nessa conjuntura, faz-se necessário um maior incentivo às pesquisas realizadas neste campo do saber, sobretudo, àquelas que trabalhem com idosos residentes em ILPI.

Partindo-se desse pressuposto, demonstra-se a importância de intervenções integradas, que promovam o cuidado às doenças crônicas e ressaltem medidas promotoras do envelhecimento ativo e saudável, garantindo uma atenção integral, com enfoque na qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Desta forma, torna-se evidente a insuficiência na produção científica relacionada à capacidade funcional e à qualidade de vida de idosos institucionalizados, pois dos estudos encontrados, apenas cinco abordaram a associação entre estas duas variáveis.

Destacam-se como limitações, o universo pequeno da pesquisa, devido à quantidade de estudos existentes com a temática trabalhada; a existência de apenas um pesquisador para realizar a seleção dos artigos; a especificidade do objeto de pesquisa e das bases de dados analisadas. Indica-se a necessidade de novas investigações abrangendo esta temática e outras fontes bibliográficas.

Dentro desta perspectiva, aponta-se a necessidade de incentivo e fomento à pesquisa para que se ampliem as evidências científicas sobre esta temática na esfera da saúde, de maneira interdisciplinar, tendo em vista que a capacidade funcional e a qualidade de vida apresentam uma importância considerável no contexto da saúde do idoso e estão intrinsecamente relacionadas, conforme mencionado nos estudos investigados.

REFERÊNCIAS

1 ANTONELLI, G.; PEREIRA, G. A.; SILVA, I. R. C.; DALZOTO, J. S.; CRUZ, J.; PEREIRA, W. M. Avaliação da capacidade funcional de idosos em uma Instituição de Longa Permanência de Guarapuava – Paraná. **Cinergis**. v.18, n. 3, p. 160-163, 2017.

2 ARAÚJO, D. P.; SOARES, S. L.; PALACIO, D. Q. A. A relação da atividade física e a qualidade de vida na população idosa: análise da produção científica brasileira. **Temas em educ. e saúde**. v. 14, n. 2, p. 242-253, 2018.

3 BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 08, p. 3317-3325, 2014.

4 BODSTEIN, A.; LIMA, V. V. A.; BARROS, A. M. A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambiente & Sociedade**. v. 17, n. 2, p. 157-174, 2014.

5 CAMPOS, A. C. V; FERREIRA, E. F; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n.7, p. 2221-2237, 2015.

6 CORDEIRO, J. et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

7 COSTA, S. M. G et al. Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**. v. 3, n. 2, p. 942- 953, 2017.

8 DIAS MYRRHA, L. J.; TURRA; C. M.; WAJNMAN, S. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. **Revista Latino-Americana de Población**. v. 11, n. 20, p. 37-54, 2017.

9 DUARTE, M. C. S. et al. Produção científica sobre a pessoa idosa em cuidados paliativos: estudo bibliométrico. **J. res.: fundam. care**. v. 7, n. 3, p. 3093-3109, 2015.

10 ERCOLE, F. F.; MELO; L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm.** v. 18, n. 1, p.09-11, 2014.

11 FERREIRA, A. P. Capacidade e desempenho para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (básicas e instrumentais) em idosos dependentes. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 39, n.1, p.25-37, 2015.

12 FIGUEIREDO NETO, E. M. **Nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida de idosos cadastrados nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) da cidade de Manaus.** Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho. UNESP. Botucatu, 2018.

13 IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>. Acesso em 20 de dezembro de 2019.

14 _____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.** Características de domicílios e moradores. Distribuição da população por sexo e grupo de idade. 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf> Acesso em 20 de dezembro de 2019.

15 _____. **Projeções da população, Brasil e Unidades da Federação.** Rio de Janeiro, 2013. (Série Relatórios Metodológicos, v. 40). Disponível em: <<https://biblioteca.ibge>.

gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf >. Acesso em 20 de dezembro de 2019.

16 JEREZ-ROIG, J. et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 11, p. 3367-3375, 2016.

17 MEDEIROS, K. K. A. S. et al. Perfil bibliométrico da produção científica (inter)nacional da Enfermagem Gerontogeriátrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 17, n. 2, p. 425-438, 2014.

18 MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

19 NOGUEIRA, L. V. et al. Risco de quedas e capacidade funcional em idosos. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.** v. 15, n. 2, p. 90-93, 2017.

20 OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: < <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> >. Acesso em 28 de dezembro de 2019.

21 PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Athneu. 936p, 2007.

22 RIBEIRO, M. A. **Caracterização dos estudos brasileiros de avaliação dos serviços em saúde do idoso**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba. UEPB. Campina Grande, 2015.

23 REIS, L. A.; REIS, L. A.; TORRES, G. V. T. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 14, n. 1, p. 847-854, 2015.

24 SANTOS, M. I. P. O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 3, p. 753-761, 2013.

25 SOUSA, L. M. M. et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista investigação em enfermagem**. v. 21, n. 2, p. 17-26, 2017.

26 TOLVES, T. et al. Bibliometria da Fisioterapia no Brasil: uma análise baseada nas especialidades da profissão. **Fisioter. Pesqui.** v. 23, n. 4, p. 402-409, 2016.

CAPÍTULO 09

IDOSOS ENCARCERADOS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: revisão integrativa

Bernadete Di Lourdes de Sousa Dantas

Maria Soraya Pereira Franco Adriano

O crescimento populacional vem se constituindo uma realidade mundial, no Brasil tem relação com a diminuição da fecundidade e do aumento do prolongamento da vida, ou seja, da longevidade, bem como, do avanço tecnológico e da medicina, além do fomento de fármacos e reconhecimento de direitos, com a prevenção de doenças, proporcionam cada vez mais esse crescimento (GHIGGI, 2012).

Conforme a relação dos países classificados pela extensão da população mundial, o Brasil ocupa o quinto lugar no que diz respeito à quantidade de pessoas, estima-se 211.243.220 habitantes (Population Pyramid, 2019).

Dentre os indicadores sobre o envelhecimento no país, foi registrado que a população brasileira com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões em 2012, e ganhou 4,8 milhões de pessoas idosas em cinco anos, correspondendo a um aumento de 18%, elevando os dados em 2017 para 30,2 milhões desse grupo etário. Sendo 13,3 milhões de homens, equivalente a 44%, e as mulheres 56%, correspondendo a 16,9 milhões (IBGE, 2018).

Acrescenta que o dado quantitativo de idosos cresceu nas unidades da Federação, apresentando um crescimento de 18,6% nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, e o Amapá com menor percentual, de 7,2% da população. Assim, de acordo com as projeções, a população brasileira com 65 anos ou mais de idade em 2060 corresponderá um quarto da população (25,5%), alcançando assim, 58,2 milhões de idosos. No entanto, o estado de Piauí deverá apresentar em 2060 a menor perspectiva de vida ao nascer, com 77,0 anos (IBGE, 2019).

No que concerne à população prisional brasileira está também vem aumentando a cada dia. Os dados do Instituto de Pesquisa Criminal – *World PrisonBrief*, mostram que entre 223 países, no que se refere ao ranking mundial, o Brasil encontra-se em terceira posição, estimando mais de 740.000 presos, superando a Rússia, seguida dos Estados Unidos que possui aproximadamente mais de 2.121.000 e China 1.640.00 presos. No país essa população encontra-se distribuída em diferentes estabelecimentos penais do sistema penitenciário brasileiro, com população de todas as idades, incluindo os idosos (WORLD PRISON BRIEF, 2019).

De acordo com os dados do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, em agosto de 2018, apontou registros no Brasil de 602.217 são Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), desse total, 572.764 são do sexo masculino, correspondendo ao percentual de 95% e 29.453 pertencem ao sexo feminino, corresponde a 5%. O estado de São Paulo apresenta maior população carcerária, verificando em seguida o estado do Rio de Janeiro e de Minas Gerais (BRASIL, 2018).

Conforme o Estatuto do Idoso é considerada pessoa idosa com a idade igual ou acima de 60 anos (Lei 10.741/2003). Entre as possibilidades de garantia tem-se a proteção integral e a prioridade de políticas públicas como atendimento preferencial em filas, meia entrada em eventos culturais, esportivos e de lazer, prioridade na tramitação dos processos judiciais, prioridade em programas habitacionais, gratuidade no transporte coletivo urbano aos maiores de 65 anos.

A Lei de Execução Penal – LEP, elenca que as pessoas maiores de sessenta anos deverão ser recolhidas em locais próprios e adequados à sua condição pessoal, bem como requer da autoridade penitenciária trabalho interno adequado a sua idade (BRASIL, 1984). Pelos dados coletados CNJ, o percentual no país de pessoas privadas de liberdade entre 61 a 70 anos correspondia a 5.580, equivalente a 1,03% de pessoas presas no país e acima de 71 anos, era de 0,27% (BRASIL, 2018).

No tocante à saúde, a superpopulação das prisões no mundo desencadeia problemas de saúde mental. As condições da população carcerária devido à precariedade do estabelecimento podem ocasionar transtornos de saúde que se acrescentam aos pré-existentes como as relacionadas ao histórico de doença psiquiátrica familiar, ao uso de substâncias como o álcool e as drogas ilícitas (SANTOS et al, 2017).

As prisões brasileiras vêm sofrendo com a superlotação, refletindo na condição estrutural das unidades e na saúde dos presos, sendo sobrecarregada por fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais (FREITAS et al, 2016).

O contato direto dos presos no confinamento facilita riscos de infecções, pelo compartilhamento do espaço (SANTOS; NARDI, 2014). Assim, para Santos e colaboradores (2017), o ambiente facilita a proliferação de doenças, pela superlotação, precariedade e insalubridade, má alimentação e o elevado número de pessoas confinadas.

Destarte, os idosos no contexto prisional têm situações agravadas por ser considerado um ambiente diferente, no que se refere à higiene, saúde e diversidade cultural (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013).

Mister destacar que o envelhecimento humano constitui um processo individual e heterogêneo, o qual depende da história pessoal e do estilo de vida. O envelhecimento de uma pessoa idosa presa é diferente de um ser livre, e o processo de envelhecimento para quem se encontra preso pode ser diminuído e retardado por falta de exercícios, alimentação adequada, fomento de atividades intelectuais, desenvolvimento de habilidades sociais (GIGGHI, 2012).

Como significado para o idoso encarcerado, no estudo de Oliveira e colaboradores (2013), foi apontado que o envelhecimento relaciona a sentimento de melancolia, angústia, perdas, adoecimento, impossibilidade de desenvolvimento, diminuição do convívio familiar, dificuldade na atividade laboral. Ademais, o aumento na contingência populacional dos idosos incita a investigação desse grupo nos diversos espaços, inclusive no sistema prisional.

Desta feita, mediante essa problemática, o presente trabalho apresentado neste capítulo, teve como objetivo levantar

informações sobre a política de saúde no contexto prisional e averiguar a situação de idosos encarcerados no Brasil.

O interesse pelo tema surgiu devido à população carcerária viver exposta a contingente de riscos à saúde, na maioria dos ambientes as pessoas vivem aglomeradas, com condições precárias de higiene, estruturas físicas não direcionadas à acessibilidade, podendo levar ao risco de queda devido à dificuldade de locomoção, além de celas superlotadas, sem ventilação e luz, ademais não há divisão por idade, havendo exposição a riscos físicos, doenças psicológicas, comuns da senescência.

Mediante ao exposto, a combinação de múltiplos fatores torna os idosos na penitenciária mais vulneráveis e com demanda específica de políticas públicas. Os resultados possibilitarão a partir do levantamento de trabalhos publicados, levar a reflexão e informação acerca da política de saúde no contexto prisional em face de situação dos idosos encarcerados, necessitando de atenção para as necessidades específicas das pessoas privadas de liberdade, especificamente os idosos.

Para subsidiar esse trabalho, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura – RIL, por possibilitar a composição ampla de estudos primários e relevantes acerca de um determinado assunto de pesquisa e buscar responder à pergunta norteadora (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019). Para tanto, o plano sistemático constitui-se de quatro etapas.

1ª etapa: Escolha dos descritores “saúde”, “idoso” e “encarcerados” utilizados de forma combinada com a palavra-chave “sistema prisional”, mediante o operador booleano “AND” que uniu

dois termos de busca, tais como: idoso AND encarcerados; idosos AND sistema prisional; e saúde AND sistema prisional.

2ª etapa: Leitura dos resumos de artigos escolhidos conforme os critérios de inclusão: produções científicas, na modalidade artigo, com versão gratuita e completa, no idioma de português e inglês, publicados no período compreendido de 2009 a 2019.

A composição do levantamento dos estudos que tratou do tema proposto ocorreu por meio de pesquisas em fontes eletrônicas, no banco de dados do Portal de Periódicos da CAPES, da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, da *Scientific Eletronic Library Online* – SciELO e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS.

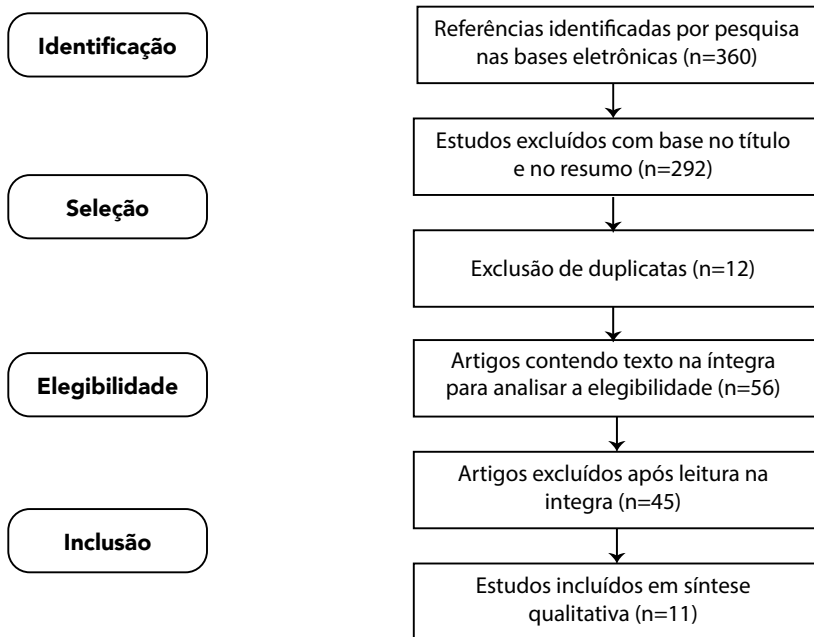
Após o levantamento dos estudos indexados em bases dos dados e portais eletrônicos, foram registradas 360 publicações, sendo excluídos os artigos que não contemplassem o tema, bem como citações repetidas. Dessa forma, foram selecionados 56 estudos para a leitura e 11 publicações foram obtidas para análise.

3ª etapa: Seleção de artigos científicos que contemplavam os critérios descritos; além disso, o conteúdo retratado deveria ter relação com a temática abordada.

4ª etapa: Leitura dos textos completos, interpretação dos assuntos e desenvolvimento do trabalho para a discussão dos resultados.

A Figura 1 mostra o fluxograma da seleção de artigos, para análise qualitativa, adaptado dos itens de relatório preferências para sistemática Revisões e metanálises – PRISMA 2009.

Figura 1. Fluxograma usado na seleção de estudos nesta Revisão Integrativa. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após leitura seletiva dos assuntos sobre o estudo nas bases de dados listados nos referidos bancos de informações correspondentes aos últimos dez anos, obedecendo ao período de publicação, os trabalhos foram construídos por estudos científicos e demais produções relevantes disponíveis na literatura de maneira minuciosa verificando a adequação aos critérios de inclusão, conforme o objetivo para responder ao tema proposto, ao qual se efetivou o fichamento catalográfico do conteúdo bibliográfico.

Deste modo, foram selecionados 11 trabalhos, sendo dez artigos científicos editados em periódicos internacionais e nacionais e uma dissertação de mestrado. Tais publicações encontram-se dispostas no quadro 1, segundo autoria, ano de publicação, tipo de estudo/metodologia, instituição de ensino/periódico referente à temática relacionada ao sistema prisional, à política de saúde e os idosos.

Quadro1. Síntese de publicações sobre idosos encarcerados e a política de saúde no sistema prisional, quanto ao autor (es) ano, descritores, tipo de estudo/metodologia, instituição de ensino/periódico. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Autor (es) / Ano	Descritores	Tipo de estudo/ Metodologia	Instituição de Ensino/ Periódico
Ghiggi (2012)	Envelhecimento populacional. Idoso encarcerado. Geronto-criminologia	Descritivo e exploratório	Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Oliveira; Costa; Medeiros (2013)	Envelhecimento. Idoso. Prisões. Prisioneiros	Descritivo, com abordagem qualitativa	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro
Santos; Nardi (2014)	Masculinidades. Prisão. Saúde do homem	Perspectiva teórica de Michel Foucault	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro
Lermen; Gil; Cúnico; Jesus (2015)	Políticas sociais. Saúde. Sistema prisional	Reflexão teórica	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro
Pinheiro; Araújo; Vasconcelos; Nascimento (2015)	Populações vulneráveis. Prestação de cuidados de saúde. Prisões. Morbidade	Descritivo e exploratório, abordagem quantitativa	Revista Investigación y. Educacion em Enfermería

Autor (es) / Ano	Descritores	Tipo de estudo/ Metodologia	Instituição de Ensino/ Periódico
Freitas; Zermiani; Nievola; Nasser; Ditterich (2016)	Formulação. Implantação. Política Pública de Saúde. Sistema Prisional	Revisão de literatura	Revista de Políticas Públicas
Minayo; Ribeiro (2016)	Saúde dos presos. Sistema prisional. Condições de saúde	Exploratório, pesquisa quantitativa descritiva e qualitativa hermenêutica	Revista de Ciências & Saúde Coletiva
Santos; Alves; Pereira; Rodrigues; Marchiori; Guerra (2017)	Saúde da mulher. Prisão. Promoção da saúde. Enfermagem	Descritivo, abordagem qualitativa	Revista Escola Anna Nery, Rio de Janeiro
Santos; Alves; Pereira; Rodrigues; Marchiori; Guerra (2017)	Saúde da mulher. Prisões. Integralidade em saúde. Saúde mental. Promoção da saúde	Descritivo, explora- tório, qualitativo	Revista Texto & contexto enfermagem
Cordeiro; da Silva; Rodrigues da Silva; Pereira; Patrício; Mendes da Silva (2018)	Enfermagem. Epidemiologia. Perfil de Saúde. Prisões	Documental, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa	Revista Avances en Enfermería
Batista; Araújo; Nascimento (2019)	Política de saúde. Populações vulneráveis. Assistência à Saúde. Prisões	Qualitativa, do tipo descritiva e explo- ratória	Revista Arquivo de Ciências da Saúde UNIPAR

Fonte: Próprios autores, 2019.

Na análise e interpretação dos resultados foi percebido durante os anos 2015, 2016 e 2017, tiveram duas publicações, nos demais anos uma publicação. Em relação ao autor (es)/ano, em dois artigos foram escritos pelos mesmos pesquisadores, no mesmo ano com temáticas referente à saúde da mulher, com abordagens diferentes. Alguns estudos elencaram mais de um tipo de metodologia, entre eles oito foram citados como descritivas (os), seis identificadas como exploratórias (os) e qualitativas, apenas uma como quantitativa e quanti-qualitativa e demais, outras metodologias.

É importante ressaltar que quanto aos descritores, dos onze artigos, dez estão relacionados à prisão (ões) e/ou sistema prisional e um ao termo encarcerado. Dois abordam tanto envelhecimento quanto idoso. Em relação à política de saúde e promoção da saúde, foi citado cada um deles, em dois artigos. Sobre a saúde da mulher foi apontado em dois trabalhos, e a saúde do homem e saúde dos presos em uma pesquisa.

Pode-se verificar que a maioria dos trabalhos versava sobre sistema prisional conforme dados no quadro 2.

Quadro 2. Síntese de publicações referente à política de saúde no sistema prisional e situação dos encarcerados e os idosos no país.

Referência	Objetivo
Ghiggi (2012)	Apresentar a questão específica dos idosos envolvidos com o sistema penal e carcerário
Oliveira; Costa; Medeiros (2013)	Compreender o significado do envelhecimento para idosos encarcerados
Santos; Nardi (2014)	Analisar no contexto biopolítico brasileiro, a saúde dos homens privados de liberdade sob a luz da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), do Plano Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
Lermen; Gil; Cúnico; Jesus (2015)	Realizar uma análise das terminologias utilizadas em três marcos fundamentais das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional
Pinheiro; Araújo; Vasconcelos; Nascimento (2015)	Compreender as necessidades e o perfil de saúde dos homens encarcerados no Complexo Penal Regional de Pau dos Ferros (Rio Grande do Norte, Brasil)
Freitas; Zermiani; Nievola; Nasser; Ditterich (2016)	Analisar a forma como acontece a atenção à saúde nesse cenário e o processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)
Minayo; Ribeiro (2016)	Produzir informações estratégicas para subsidiar a ação dos agentes públicos que atuam nos presídios
Santos; Alves; Pereira; Rodrigues; Marciori; Guerra (2017)	Identificar fatores que interferem na saúde física de mulheres encarceradas numa instituição prisional no Estado do Rio de Janeiro

Referência	Objetivo
Santos; Alves; Pereira; Rodrigues; Marchiori; Guerra (2017)	Identificar os fatores relacionados à saúde mental de mulheres em um presídio do Estado do Rio de Janeiro
Cordeiro; da Silva; Rodrigues da Silva; Pereira; Patrício; Mendes da Silva (2018)	Analisar as principais patologias que acometem os detentos de um Complexo Prisional de Recife (estado de Pernambuco, Brasil) refletindo, à luz da literatura, sobre as concepções de enfermagem que permeiam tais agravos
Batista; Araújo; Nascimento (2019)	Compreender a assistência à saúde das pessoas residentes no Centro de Detenção Provisória (CDP), na cidade de Pau dos Ferros/RN/Brasil

Fonte: Próprios autores, 2019.

Diante do que foi exposto nos objetivos das publicações desta revisão explícitos no quadro 2, cumpre ressaltar que a discussão dos resultados será apresentada por meio dos apontamentos sobre o sistema prisional, a política de saúde, idosos incluído os encarcerados.

O limite etário para a pessoa ser considerado idoso varia conforme as interpretações jurídicas e a legislação internacional, que determinam o recorte para os idosos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, conforme estabelecido na II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento populacional, no encontro pela ONU, em 2002, com a Declaração Política e o Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento. Após o encontro é aprovado no país o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), conforme a lei é considerada a pessoa idosa com 60 anos.

O envelhecimento populacional ocasiona modificações sociais e é variável a cada pessoa, o idoso (a) preso (a) é diferente de um ser livre, podendo ter características mais fragilizantes do envelhecimento do que quem esteja solto, com a mesma idade cronológica, devido não ocorrer da mesma maneira de alguém em liberdade (GHIGGI, 2012).

Dentre os fatores limitantes, foi observado no estudo por Oliveira e colaboradores (2013) que a doença, é a que mais influencia a capacidade de adaptação, além de se incumbir às incapacidades física, mental, psicológica e socioeconômica. Fisiologicamente, os idosos tornam-se suscetíveis as doenças, devido ao confinamento das prisões, dentre elas a tuberculose. Ainda ressaltam que, o ciclo biológico culmina com o processo do envelhecimento expressos por meio dos sinais externos do corpo, agravando-se fisiologicamente, ao não dispor de suprimento nutricional adequado, por serem vulneráveis as doenças devido às condições do local.

Ao analisar a conexão entre condições de vida e saúde da população, Santos e colaboradores (2017) retratam possuir influências na alimentação, transporte, lazer, dentre outros. Ao serem recolhidos no cárcere, os indivíduos apresentam problemas de saúde. Os transtornos mentais são aumentados por não dispor de moradia digna, saúde e alimentação adequada (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013).

Batista e colaboradores (2019) apontam que o perfil sociodemográfico dos presos reflete na desigualdade social e econômica do Brasil. No tocante ao gênero, classe social,

escolaridade e raça à realidade histórica e cultural são transportadas aos estabelecimentos prisionais.

Freitas e colaboradores (2016) enfatizam que para incluir o conceito de saúde como direito universal teve início nos meados dos anos 70, quando ocorreu a fase de reestruturação, com a participação dos movimentos os quais reivindicavam por inclusão, justiça, proteção social, além da efetivação da cidadania. Instaurou o movimento da Reforma Sanitária, ampliou o conceito do processo saúde-doença.

A Constituição Federal elenca a proteção ao idoso sendo responsabilidade da família, sociedade e Estado, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida (CF, 1988).

Frisa no art. 5º que *"todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza"*. Elenca no art. 196 *"saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"* (BRASIL, 1998).

Batista e colaboradores (2019) reforçam o entendimento que as pessoas privadas de liberdade são portadores de direitos humanos e sociais assegurados pela constituição brasileira. Sendo assim, fica explícito a responsabilidade estatal aos encarcerados na defesa do acesso à saúde, embora seja limitado (FREITAS et al, 2016).

Acerca da saúde, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) reforça como um direito fundamental do ser humano, um direito de

todo cidadão e dever do Estado, incluindo quem se encontra privado de liberdade (BRASIL, 1990).

E, diz, Lermen e colaboradores (2015) através de seus estudos que a efetivação do direito à saúde aos “presos” e “condenados” é prevista pela primeira vez na LEP, desde 1984, visando regular o direito como assistência jurídica, educacional social, religiosa e saúde, bem como deveres. A atenção deve ter caráter preventivo e curativo, com atendimento farmacêutico, médico e odontológico (BRASIL, 1984).

No sistema prisional a saúde é descrita por documentos expressos no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP, através da Portaria Interministerial nº 1.777, publicada em 9 de setembro de 2003, mediante o Ministério da Saúde em ação com o Ministério da Justiça. Foi criado em 2004, tendo como objetivo implantar uma política pública relacionada à saúde dos detentos, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo que o direito à cidadania fosse efetivado na perspectiva dos direitos humanos, contribuindo para o controle e/ou a redução dos agravos, contemplando a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustrial e hospitais de custódia ou tratamento (BRASIL, 2005).

Com a Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2014, cria-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, no âmbito do SUS, tendo como objetivo o acesso ao cuidado integral em saúde, qualificando a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema mediante o

Programa de Saúde Penitenciário – PSP, através de ações de prevenção para a população privada de liberdade – PPL (BRASIL, 2014).

Batista e colaboradores (2019) destacam que as ações desenvolvidas pela saúde no plano ficaram a desejar ao cuidado integral, assim foi reconstruído e adaptado até ser transformado em política, em 2014, com adesão perante as Secretarias de Saúde dos estados e municípios com a Secretaria de Justiça.

O significado do envelhecimento, conforme Oliveira e colaboradores (2013), é permeado pelo cansaço e limitações, sinônimo de declínio, auto discriminação, sentimento de desvalorização profissional. Ao serem recolhidos no cárcere, os indivíduos apresentam problemas de saúde, devido às condições que favorecem o aumento de doenças, maior exposição a riscos físicos e psicológicos. Os transtornos mentais atenuados por não dispor de moradia digna, saúde e alimentação adequada, parece acentuar as dificuldades do envelhecimento, considerado como fator do adoecimento a insalubridade: *“Crê-se que o idoso encarcerado vivencia, no mínimo, três circunstâncias excludentes e discriminatórias em suas vidas: velhice, precárias condições sociais e, finalmente, a prisão”* (p. 143).

O perfil da saúde dos participantes da pesquisa de Pinheiro e colaboradores (2015) com encarcerados de idades entre 18 e 60 anos é resultante de déficits das condições de vida antes da prisão, sendo intensificado pelas condições degradantes de sua permanência. Os distúrbios e sintomas

mais referidos pelos participantes foram dor de cabeça, infecções respiratórias, diarreia, estresse e depressão ou tristeza profunda. Os hábitos de viver na prisão acentuam os problemas psicológicos presentes e/ou fazem surgir.

Nos Estados Unidos o registro de pessoas com problemas de saúde mental é três vezes maior nos presídios do que nos hospitais, por isso, que o indivíduo tem direito a cuidados básicos de saúde, e os estabelecimentos são locais de intervenção de saúde pública (SANTOS et al, 2017).

Freitas e colaboradores (2016) relatam que as pessoas privadas de liberdade além de serem penalizadas pela justiça também são pelas condições dos ambientes, devido à precariedade do saneamento básico que acarreta problemas de insalubridade, acrescidos da falta de higiene dos réus, incidindo no aumento de doenças infecciosas.

Segundo Batista e colaboradores (2019), o sistema prisional brasileiro vive uma crise de determinantes multifatoriais e complexos. Além da violência intramuros, preconceito social direcionado a quem comete crime, o crescimento da população brasileira ocasiona superlotação nos estabelecimentos relacionados com o déficit de vagas, falta de infraestrutura e recursos humanos especializados. Consideram Lermen e colaboradores (2015), que o aumento nos índices da população carcerária não foi seguido de melhorias das condições físicas e estruturais.

A população encarcerada está vulnerável a diversos fatores que afetam à saúde (CORDEIRO et al, 2018). No tocante aos problemas de saúde física foi apontado na pesquisa desenvolvida por Minayo e Ribeiro (2016), dores

osteomusculares, incluindo no pescoço, costas e coluna, luxação de articulação, bursite, dor ciática, artrite, fratura óssea, problemas nos ossos e cartilagens de músculos e tendões. Em relação ao aparelho respiratório, foi sinusite, rinite alérgica, bronquite, tuberculose e outras, além de doenças de pele, HIV, distúrbios mentais.

Acrescentam Freitas e colaboradores (2016) que além de propiciar a contaminação de doenças como hanseníase, sífilis, tuberculose, hepatites, pneumonia dermatites, problemas como diabetes e hipertensão na população adulto-idosa, são pessoas com maior risco de adoecer (SANTOS et al, 2017). Considera-se ainda, que por estarem confinados a contaminação de IST/AIDS é quase o dobro em relação à população que vive livre, o ambiente favorece as relações sem uso de preservativo, violência sexual, dividir objetos perfurantes (CORDEIRO et al, 2018).

As perdas de quem se encontra privado de liberdade podem ser mais significativas para os idosos, considerando que, o tempo de vida poderá não ser suficiente para a readaptação ou recuperação decorrente do agravamento da saúde em um ambiente não propício a uma vida saudável.

O aumento da sobrevida dos mais idosos constitui um desafio para a humanidade e para o Estado, inclusive no sistema prisional. Por suscitar um tema importante na contemporaneidade, no instante em que o mundo, inclusive o Brasil, possui um aumento de idosos a cada ano, estudar essa população no contexto prisional constitui um desafio por ser um público tão esquecido.

Historicamente, as prisões possuem péssimas condições humanas, celas superlotadas, inadequadas condições sanitárias. Diante da abordagem temática, observa-se que o sistema prisional do Brasil contempla leis que regulamentam seu funcionamento.

As condições ofertadas pelo sistema penitenciário brasileiro são deficitárias e agravadas por problemas decorrentes do confinamento. Embora seja minoria é necessário refletir sobre a velhice dos encarcerados e promover uma melhor qualidade de vida.

Logo, é relevante o estudo por despertar para outros conhecimentos, referentes ao processo de senescência das pessoas privadas de liberdade, tornando-se uma ferramenta importante para demonstrar um novo olhar sobre os idosos em cárcere, devido a pouca atenção dada a essa população. Nessa perspectiva, o assunto merece mais avanço nos estudos e nas políticas públicas específicas. Ainda em relação às condições de vida, inclusive de saúde, devem ter um local mais adequado para tratar de suas enfermidades de maneira favorecer um envelhecimento saudável, haja vista não existir medidas de prevenção e promoção de saúde em alguns estabelecimentos prisionais.

Além disso, tendo em vista que as pessoas “livres”, na maioria das vezes, não consegue ter acesso e nem busca aos serviços de saúde e para quem se encontra privado de liberdade, não é disponibilizado de um lugar específico, o que leva essa população ser considerada como a mais castigada devido ao ambiente hostil, risco de adoecimento e às suas necessidades muitas vezes são invisíveis.

Portanto, precisa criar estratégias para a promoção de saúde visando a melhorar as condições de vida de quem vive confinado, mediante a efetivação de políticas públicas para idosos que vivem privados de liberdade no país.

REFERÊNCIAS

- 1 BATISTA, M. de A.; ARAÚJO, J. L. de; NASCIMENTO, E. G. C. do. **Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário**. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 71-80, maio/ago. 2019.
- 2 BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Banco Nacional de Monitoramento de Prisões** – BNMP 2.0: Cadastro Nacional de Presos, Conselho Nacional de Justiça, Brasília, agosto de 2018. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/57412abdb54eba909b3e1819fc4c3ef4.pdf>. Acesso em 2 mar. 2019.
- 3_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988. Disponível em: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 nov. 2019.
- 4_____. Lei nº 7.210, **Lei de Execução Penal (LEP)**, de 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210compilado.htm. Acesso em: ago. 2019.
- 5_____. Lei nº 8.080. **Lei Orgânica da Saúde**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: set. 2019.

6_____. Lei nº 10.741. **Estatuto do Idoso**, de 01 de outubro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em nov. 2019.

7_____. Ministério Extraordinário da Segurança Pública. **Relatório de Inspeção em Estabelecimentos Penais do Estado da Paraíba**. Conselho Nacional De Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP). De 23 a 25 outubro 2017. Disponível: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnccp/relatorios-de-inspecao/copy18_of_RelatriodeInspeoParaba2017.pdf. Acesso em 25 de out. 2019.

8_____. Ministério da Saúde (MS). **Legislação em Saúde no Sistema Prisional**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/legislacao_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: set.2019.

9_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: MS, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em ago. 2019.

10_____. Ministério da Saúde (MS). **Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: MS, Ministério da Justiça; 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-das-pessoas-privadas-de-liberdade-no-sistema-prisional>. Acesso em 21 de out. 2019.

- 11 _____. **Portaria Interministerial, nº 1.777**, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: 2003.
- 12 CORDEIRO, E. L.; SILVA, T.M.; SILVA, L.S.R.; PEREIRA, C.E.A.; PATRÍCIO, B.P.; SILVA, C.M. **Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis**. *Avances en Enfermaria*, vol. 36, n. 2, pp. 170-178, maio-ago. 2018.
- 13 FREITAS, R.S.; ZERMIANI, T.C.; NIEVOLA, M.T.S.; NASSER, J.N.; DITTERICH, R.G. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação**. *Revista de Políticas Públicas, São Luís*, v. 20, n. 1, p.171-184, jan./jun. 2016.
- 14 GHIGGI, M. P. **O Idoso encarcerado: considerações criminológicas**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.
- 15 IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em 19 de nov. 2019.
- 16 _____. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em 22 de nov. 2019.

17 LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CÚNICO, S. D.; JESUS, L.O. de. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira.** *Physis (Rio J.)* ; v. 25, n.3, p. 905-924 jul.-set. 2015.

18 MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa.** *Texto Contexto Enfermagem* v. 28: e20170204, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>. Acesso em: 20 mai. 2019.

19 MINAYO, M.C.S.; RIBEIRO, A.P. **Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, Rio de Janeiro, p. 2031-2040, jul. 2016.

20 MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G.; PRISMA Group. **Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement.** *Ann Intern Med.* 2009; v. 151, n. 4, p. 264-9.

21 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125.** Viena: 1982.

22 OLIVEIRA L.V.; COSTA G.M.C.; MEDEIROS, K.K.A.S. **Envelhecimento: significado para idosos encarcerados.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, 2013, p. 139-148.

23 PINHEIRO, M. C.; ARAÚJO, J. L.; VASCONCELOS, R. B.; NASCIMENTO, E. G. C. **Health profile of freedom-deprived men in the prison system.** *Invest Educ Enferm.* v. 33, n. 2, p. 269-279, agosto de 2015.

24 Population Pyramid. **Pirâmide populacional do mundo.**

Disponível em: <https://www.populationpyramid.net/pt/população/2018>. Acesso em 22 de nov. 2019.

25 SANTOS, H. B. e NARDI, H. C. **Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?**. Revista de Physis, Rio de Janeiro, 2014, vol.24, n.3, p. 931-949.

26 SANTOS, M. V.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V.; RODRIGUES, D. P.; MARCHIORI, G. R. S.; GUERRA, J. V.V. **A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro.** Revista: Escola Anna Nery, vol. 21, nº. 2, 2017.

27_____. **Mental health of incarcerated women in the state of Rio de Janeiro.** Texto Contexto Enfermagem, v. 26, n. 2, 2017.

28 World Prison Brief. Highest to lowest - **Total prison population.** Institute for Criminal Policy Research. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org>>. Acesso em 22 de nov. 2019.

CAPÍTULO 10

REFLEXÕES SOBRE A CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES QUE ATUAM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Kelen Jussara Tavares Caminha

Fernanda Maria Chianca da Silva

Maria de Oliveira Alves Cavalcanti

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

Andrea Mendes Araújo

O envelhecimento humano é um processo natural. No entanto, a ele estão atreladas várias modificações a serem encaradas e uma série de consequências sociais. Entre os desafios a serem enfrentados está a oferta de cuidado com qualidade para as pessoas idosas, seja em domicílio, seja nas Instituições de Longa Permanência (ILPI) (VIEIRA, 2003).

A ampliação dos anos de vida é um importante marco de desenvolvimento para a sociedade, no entanto nele incorrem importantes desafios. Viver mais pode significar também conviver mais tempo com doenças crônicas que apresentam certo grau de complexidade e requeiram cuidados específicos (CAMARANO; MELO, 2010).

Conforme Camarano e Kanso (2010) o envelhecimento populacional, associado a uma maior sobrevida, proporciona o aumento de pessoas com comprometimento das habilidades físicas e cognitivas, presença de doenças crônicas não

transmissíveis, perda da independência e autonomia. Os autores mencionam o surgimento de um novo risco social, cuidados de longa duração para pessoas idosas com incapacidade funcional. Em contraponto, a família, que é a principal instituição de cuidado, passa por transformações que comprometem essa atenção domiciliar.

A longevidade ocorre em um período marcado por significativas mudanças na sociedade. A conquista do mercado de trabalho pelas mulheres afasta a cuidadora universal dos lares e deixa uma lacuna na atenção à pessoa idosa. A mulher, culturalmente escolhida para cuidar, passou a contribuir com o orçamento familiar sendo necessário atribuir a função de cuidar a outra pessoa (BORN, 2006).

Outros fatores como queda da natalidade, reduzindo o número de descendentes para cuidar, aumento de separações e de novos arranjos familiares, favorecem mudanças no sistema de valores com a fragilização das relações intergeracionais, assim como no apoio e cuidado à pessoa idosa (MORAES et al, 2010).

Esses cuidados são previstos pelo Estatuto do Idoso (2003) para serem realizados prioritariamente pelos familiares. O Estado e organizações privadas contribuirão com essa tarefa. Neste cenário, as ILPIs surgem visando atender a pessoa idosa com necessidades de moradia, assim como, e indissociavelmente, assistência à saúde. No entanto, a insuficiência de cuidadores familiares faz crescer o número de pessoas idosas que aguardam vaga para residir em ILPI, mostrando a fragilidade das estratégias que atendam as demandas do envelhecimento populacional.

Perante estas várias atribuições, é necessária a delimitação das responsabilidades do Estado, da sociedade e da família para com a pessoa idosa (BORN, 2006). O cuidar direcionado à pessoa idosa é um trabalho complexo pelas especificidades das patologias, sendo necessária qualificação para as atividades de assistência. São escassas as políticas de apoio e orientação ao cuidado formal domiciliar. Logo, devido a esta dificuldade, em prestar um atendimento de qualidade, os familiares passaram a ver ILPIs como um lugar seguro que garantirá cuidado adequado à pessoa idosa.

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Instituições de longa Permanência para Idosos, anteriormente denominadas de abrigo, asilo, ancianato, albergues, casa de repouso, entre outros (BORN; BOECHAT, 2011), tornaram-se para a sociedade um importante dispositivo de atenção à saúde da pessoa idosa.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ILPI trata-se de instituições públicas ou não, de cunho residencial, designada a ser morada coletiva de pessoas idosas, sem condições familiares ou de moradia para a sua estada no local de origem. (BRASIL, 2005)

A legislação brasileira referente à pessoa idosa, a citar: Constituição Federal de 1988 e Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 designam à família a responsabilidade pelo cuidado, corroborando com o preconceito quanto ao cuidado

fornecido por outra entidade. Isso poderia justificar a imagem que se tem das ILPIs no Brasil. O perfil de idosos residentes nessas instituições é predominantemente de indivíduos longevos, com comprometimento na capacidade funcional, com limitação financeira sem suporte familiar e/ou vítimas de maus tratos (CAMARANO, 2008).

O Estatuto do Idoso (2003) ratifica a importância da família e sua responsabilidade na atenção à pessoa idosa, e para assegurar os direitos, o artigo 3º trata da obrigatoriedade não só da família, mas também da comunidade, sociedade e Poder Público em garantir ao idoso o cumprimento do direito “à vida, à educação, à saúde, à alimentação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003, p. 15).

Nesse ínterim, a Política Nacional do Idoso destaca que, a atenção ao idoso deve ser feita através da família, e não em instituições de moradia. No que concerne o atendimento institucional, será ofertado à pessoa idosa que não tenha condições financeiras para manter sua subsistência, assim como para os idosos que não apresentem laços familiares que proporcionem a atenção necessária (BRASIL, 2006).

DA NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES

A PNI (Lei 8.842, 1994) prioriza o cuidado da pessoa idosa em seu domicílio, no entanto, as mudanças na conjuntura familiar

fragilizam esta atenção. Esta política ressalta também que entre os desafios vivenciados, está a carência de profissionais com conhecimento em envelhecimento humano (BRASIL, 2003).

O artigo 18 do Estatuto do Idoso, capítulo IV - direito à saúde, discorre sobre a promoção de treinamento e a capacitação pelas instituições de saúde aos profissionais que irão atuar na atenção à pessoa idosa (BRASIL, 2003).

Rocha (2011), versa sobre a necessidade de treinamento específico para o cuidar de outrem. Assistir à pessoa idosa para atender as suas necessidades demanda do cuidador conhecimentos específicos sobre o envelhecimento, assim como técnicas adequadas de cuidados, evitando comprometimentos na própria saúde e da pessoa cuidada.

A recuperação (emocional, física ou psicológica) do idoso no domicílio ou nas instituições depende da qualidade do cuidado prestado por profissionais com capacidade técnica e científica para tal. De acordo com Conceição (2010), o treinamento dos cuidadores de idosos é extremamente necessário para facilitar a assistência adequada às necessidades básicas.

A regulamentação da ANVISA, através da Resolução RDC N° 283, aborda a capacitação dos profissionais, orientando as instituições a desenvolverem atividades de educação permanente na área de gerontologia, com o propósito de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na assistência ao idoso (BRASIL, 2005).

De acordo com Patrocínio (2011), cursos são necessários para orientar os cuidadores sobre o cuidar com

o idoso e consigo mesmo. Pois para que estes exerçam sua atividade de modo adequado é necessário um preparo e orientação profissional específico e um olhar atencioso com o autocuidado.

O(A) CUIDADOR(A) DA PESSOA IDOSA E SEU PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO

Segundo a Resolução RDC nº 283 (BRASIL, 2005), as ILPIs deverão promover a atenção integral à saúde do idoso, englobando aspectos da promoção, proteção e prevenção. Para atender a regulamentação, as instituições deverão manter um quadro de funcionários capacitados para atenção à pessoa idosa. A complexidade dos cuidados requer um programa de formação continuada para os profissionais responsáveis pelos cuidados.

A ocupação Cuidador de idoso é reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupação do Ministério do Trabalho e Emprego com o Código 5162-10. Tem o dever de “zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (CBO, 2002).

O cuidador de idoso precisa estar atento para detectar as habilidades da pessoa cuidada para desempenhar as atividades diárias e estimular para que ela continue desenvolvendo suas ações. Acompanhar e auxiliar a pessoa a ser cuidada, fazendo somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha, iniciativas como esta favorece a

obtenção e estimula a pessoa cuidada a conquistar e conservar sua autonomia (BRASIL, 2008).

Para desenvolver essa atribuição o cuidador necessita de conhecimentos específicos, entender por que fazer as atividades com o idoso, estimulando o fazer do idoso e não pelo idoso, reflete na qualidade de vida da pessoa cuidada. Essa compreensão é possível com adequada qualificação. O exemplo citado reflete uma das situações no cuidado que parece simples, mas a falta de informações corretas poderá contribuir com a dependência da pessoa cuidada. São atividades abrangentes que requerem conhecimentos específicos, caso contrário, as atribuições técnicas desta categoria não serão atendidas com qualidade (BRASIL, 2006).

Segundo Rocha et al. (2008), os cuidadores formais são profissionais habilitados para o cuidado, contribuindo para a saúde das pessoas cuidadas. Espera-se que o cuidador formal seja capacitado para assistir à pessoa idosa com limitações para desenvolver atividades diárias. Ele poderá atuar na residência do idoso, sendo designado de cuidador domiciliar, e também poderá desempenhar suas funções em ILPIs, nesse cenário, como cuidador institucional (BORN, 2006).

Para Martins (2007), os idosos requerem uma atenção específica a qual deve ser adequada e incorporada ao cuidado além do modelo biomédico. Para tanto, é imprescindível uma intervenção educativa com o intuito de promover atualizações e novas formas educativas.

Silva et al. (2015) referem que o trâmite para qualificar cuidadores não é fácil, por estar relacionado a outros fatores, a

citar: leis que deem amparo ao trabalhador, e investimento das ILPIs nas capacitações, considerando o caráter filantrópico de uma parcela considerável de instituições, o investimento em qualificação fica inviável. O mesmo autor refere outra questão, a instabilidade do trabalho, a má remuneração sem progressão funcional, inexistindo a possibilidade de promoções, além dos direitos sociais limitados.

Lopes (2012) refere que o cuidador acometido de problemas físicos ou psíquicos compromete a qualidade do cuidado ao idoso. A qualificação do cuidador minimiza a possibilidade de adoecimento por adoção de técnicas inadequadas.

A profissão de cuidador de idoso, apesar de ser uma das áreas de emprego em ascensão no país, até o momento não possui regulamentação. O projeto lei nº 11/2016, nascido na câmara dos deputados com o nº 1385/2007, criava e regulamentava as profissões de cuidador (de idosos, crianças, pessoas com deficiência ou com doença rara). Segundo Neves (2019), após 12 anos de tramitação, foi vetado integralmente pelo presidente da República do Brasil em julho de 2019, e mantido o veto total pelo Congresso Nacional em novembro de 2019.

Quanto aos cursos de capacitação para cuidador de idoso há uma variedade de cargas horárias. Segundo o Guia de Cursos FIC do Ministério da Educação (2016), o curso cuidador de idoso apresenta carga horária de 160 horas. Algumas empresas organizam cursos com cargas horárias menores, que variam de 20 a 120 horas. Considerando

as especificidades do envelhecimento humano, não é compreensível uma capacitação básica para cuidar da pessoa idosa, organizada com uma carga horária inferior a 160 horas.

O MEC através do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), disciplina a oferta de cursos de educação profissional técnica de nível médio. O Curso Técnico em Cuidados de Idosos está contemplado no catálogo de cursos técnicos, no eixo Ambiente e Saúde, carga horária de 1.200h, com a proposta de formar profissional Técnico em Cuidados de Idosos, com perfil:

Cuida de idosos independentes ou dependentes, acamados ou não, nos aspectos físico, mental, cultural e social. Acompanha o idoso em atividades de rotina. Auxilia nos cuidados de higiene. Estimula atividades ocupacionais e de lazer. Zela pela autonomia do idoso e melhoria da qualidade de vida. Cuida de idosos, com ou sem limitações, nas atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Identifica as necessidades e expectativas do idoso, incentiva a autonomia e independência. Estimula a capacidade funcional. Promove o envelhecimento ativo bem-sucedido... (BRASIL, 2016, p. 19).

O Curso Técnico em Cuidados de Idosos apresenta excelente proposta de formação, com carga horária que favorece uma adequada qualificação para o cuidado, no entanto, falta política de valorização e reconhecimento do profissional Técnico em Cuidados de Idosos.

A longevidade é uma importante aquisição da sociedade, porém para desfrutar das benesses desse

progresso, a mesma precisa se organizar e prover meios que atendam as demandas oriundas do processo. A qualificação adequada de profissionais na área de gerontologia, em destaque o Cuidador de Idoso, é uma estratégia necessária e urgente para atender com qualidade a pessoa idosa.

Faz-se necessária a parceria entre o Estado e as instituições ligadas ao cuidado da pessoa idosa, considerando o caráter filantrópico das instituições, também se faz necessária uma participação mais ativa da sociedade.

Sugere-se a criação e implementação de políticas públicas que priorizem a formação continuada dos trabalhadores que atuam na atenção à pessoa idosa, bem como métodos para fiscalizações destas qualificações, evitando disparidades em carga horária e ensino de práticas inadequadas. Também se faz necessário regulamentar a profissão de cuidador de idoso e prover o reconhecimento do profissional Técnico em Cuidados de Idosos.

REFERÊNCIAS

- 1 BORN, T. A. **Formação de cuidadores:** acompanhamento e avaliação. Seminário Velhice Fragilizada. São Paulo: SESC, 2006. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/artigos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o.pdf>. Acesso em: 26 de nov. 2019.

2 BRASIL. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, DF Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Técnica e Tecnológica, 3 ed., 2016.

3 _____. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília, DF: Ministério do trabalho, 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>. Acesso em: 9 jul. 2020.

4 _____. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

5 _____. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.15., 2003.

6 _____. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

7 _____. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA Nº 283**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

8 _____. **Projeto lei nº 11/2016 (nº1385/2007, casa de origem)**. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de cuidador. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

9 BORN, T. B; BOECHAT, N.S. **A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado**. In: Freitas Ev, Py L, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

10 CAMARANO, A.A. A demografia e o envelhecimento populacional. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, p. 111-34, 2008.

11 CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

- 12 CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. **Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais.** In: CAMARANO, A.A (Org.) Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- 13 CONCEIÇÃO, L F S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev Med Minas Gerais**; n.20, fev. 2010.
- 14 LOPES, R. A. et al. Perfil dos cuidadores das instituições de longa permanência para idosos de Itaúna-MG. **ConScientiae Saúde**, v. 11, n. 2, p. 338-344, 2012.
- 15 MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. 2007.
- 16 MORAES, E.N.; MARINO, M. C.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-6, 2010.
- 17 NEVES, J. **Projeto de Lei que criaria profissão de cuidador é vetado pelo presidente.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2019.
- 18 PATROCINIO, W.P. Cuidando do cuidador. **Revista Longeviver**, n. 17, 2011.
- 19 ROCHA JÚNIOR, Paulo Roberto et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3131-3137, 2011.

20 SILVA, Irma Lúcia Silveira et al. Formação profissional de cuidadores de idosos atuantes em instituições de longa permanência. **Holos**, v. 8, p. 342-356, 2015.

21 VIEIRA, E.B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?**. Revinter, 2003.

CAPÍTULO 11

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Ellen Martins Norat Ribeiro

Ana Mabel Sulpino Felisberto

Rafael de Souza Andrade

Fernanda Maria Chianca da Silva

No Brasil, como em outros países, observa-se uma mudança na pirâmide populacional, com aumento do contingente de idosos, sendo considerada idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. De acordo com as projeções populacionais, em 2060, serão mais de 58 milhões de indivíduos acima de 65 anos de idade e a expectativa de vida passará para 81 anos (BRASIL, 2013; IBGE, 2010).

O processo de envelhecer é dinâmico, irreversível e natural do ser humano. Durante este período o organismo passa por alterações biológicas funcionais, psicológicas e sociais. É importante salientar que, ao mesmo tempo em que a população envelhece, também se torna vulnerável e mais susceptível a desenvolver uma série de doenças, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas a doença de Parkinson (SANTOS; LIMA JUNIOR, 2014).

A população mundial está envelhecendo e trazendo consigo doenças degenerativas, como a Doença de Parkinson

(DP), cuja incidência se dá na população acima de 60 anos. Cerca de 5 milhões de pessoas mundialmente são acometidas por esta enfermidade, ou seja, 0,3% da população geral e 2% são indivíduos acima de 60 anos. Estudos apontam que no Brasil a estimativa é de 3,3% de idosos acometidos pela Doença de Parkinson estejam acima de 64 anos (TEXEIRA-ARROYO; SANTOS; GOBBI, 2013).

Historicamente, existem relatos da doença desde os tempos antigos, em trechos de documentos indianos, que datam de 1000 (a.C.) e de fontes ancestrais chinesas, por volta de 425 (a.C.) que descreveram sintomas similares da patologia. Entretanto, foi o cirurgião britânico James Parkinson, residente em Londres, em 1817, o pioneiro na descrição neurológica da patologia (LOPES, 2019).

A doença de Parkinson compromete o sistema nervoso, sendo considerada a segunda doença neurodegenerativa mais frequente dentre as desordens de movimento, devido a morte de neurônios produtores de dopamina nas substâncias negras (KÜSTER, *et al.*, 2014).

Esta patologia caracteriza-se por ser uma doença crônica, progressiva e irreversível, que acomete pessoas de ambos os sexos, apresentando predisposição genética e associada a fatores ambientais (GALVÃO *et al.*, 2016).

As manifestações clínicas apresentam-se inicialmente com predomínio unilateral, distúrbios motores progressivos, em estágios mais avançados os sintomas progridem para manifestações bilaterais, causando isolamento, depressão e a perda da independência funcional (ALVAREZ *et al.*, 2016).

Desta forma, surge a necessidade da presença do cuidador que é parte importante nas ações de manutenção da autonomia, integração e participação do idoso com Doença de Parkinson na sociedade, pois é ele quem conhece o dia a dia e as necessidades do paciente, preservando o bem estar biopsicossocial, logo, a qualidade de vida (MACHUCA *et al.*, 2016).

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, numa abordagem qualitativa, desenvolvido no ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSERH da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa – PB.

A amostra foi constituída por dez cuidadores que acompanhavam idosos com doença de Parkinson no referido ambulatório. Para a efetivação do estudo, os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista semiestruturada, composta por questões sócio demográficos inerentes à caracterização do perfil dos participantes e questões referentes ao objetivo do estudo.

A pesquisa foi sistematizada em quatro etapas, conforme a técnica do discurso do sujeito coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).:

- **Primeira etapa** – seleção das expressões-chave de cada discurso;
- **Segunda etapa** – identificação das ideias centrais de cada discurso e das expressões chaves para cada resposta de uma dada questão;
- **Terceira etapa** – agrupamento das ideias centrais semelhantes ou complementares;

- **Quarta etapa** – estruturação do discurso-síntese mediante o agrupamento das ideias centrais semelhantes (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

Foram acatados os preceitos preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, (BRASIL,2012). A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, e aprovada sob nº 3.155.055.

No que concerne ao perfil dos participantes do estudo, observou-se que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino, com faixa etária acima de 30 anos de idade, com formação de nível superior, sendo cuidadores informais de idosos, com grau de parentesco familiar com o mesmo, a maioria esposas ou filhos.

Quando se questionou aos participantes do estudo, acerca dos cuidados que eles realizam com o idoso, obtivemos o seguinte resultado como apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes da pesquisa em resposta a questão: **Quais os cuidados que você realiza com o idoso que você cuida?**

IDEIA CENTRAL (1.1.) Atendimento das atividades da vida diária	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (1.1.) <i>Cuido dele bem tranquilo, dou banho, alimentação, os remédios nas horas certas</i> <i>[...] auxílio nas tarefas mais básicas, tomar banho, ajudar a ela deitar na cama, e as vezes dá o remédio, ela tem uma certa dificuldade de comer, ajudo com a alimentação, higiene pessoal [...] [...] dou remédio, levanto ele, dou banho, comida, ele depende de mim para tudo.</i> <i>Coloco comida, olhar ela tomar banho, eu tento o máximo que ela faça, a musculatura dela não vá atrofiando mais rápido, para ver se ela melhora se ela não perde a noção de levantar, baixar essas coisas, as vezes ela fica brava.</i>
IDEIA CENTRAL (1.2.) Prevenção de queda	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (1.2.) <i>É fundamental cuidados para ele não cair porque a doença ela tem uns limites de rigidez [...] ajudo a ela com as caminhadas tirar da cama, deitar, fazer exercícios físicos dentro de casa [...]</i> <i>A doença está evoluindo, ela já não consegue mais fazer as coisas só, antes conseguia tomar banho sozinha, levantar da cama só, hoje ela precisa de ajuda, não consegue fazer a alimentação dela, agente evita que ela vá na cozinha por conta de acidente</i> <i>[...] já colocou no quarto barras de proteção, o vaso sanitário a gente já adaptou [...]</i> <i>[...] pensando também em colocar uma cadeira para banho</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O DSC dos cuidadores envolvidos no estudo, expresso na ideia central 1.1, *atendimento das atividades da vida diária*, destaca que os cuidados prestados aos idosos são voltados para atender as necessidades humanas básicas, onde as atividades da vida diária não estão sendo desenvolvidas de maneira autônoma e independente pelos idosos acometidos com a doença de Parkinson.

Conviver com a doença de Parkinson apresenta-se, geralmente, como grande desafio, pois a instabilidade postural, as dificuldades de movimento, entre outros sinais e sintomas, podem comprometer a capacidade funcional, independência e autonomia do idoso, fazendo com que este necessite de auxílio para a realização de suas atividades diárias, como vestir-se e alimentar-se, bem como a higiene e a administração de medicamentos.

Deste modo, se faz necessário que os cuidadores estimulem os idosos a participar das atividades diárias para que se sintam fortalecidos e busquem uma melhor qualidade de vida.

A situação pode se agravar com a evolução da doença levando o idoso a perder e/ou a diminuir “o nível de autonomia e independência para realizar atividades da vida diária, ex: comer, caminhar, higienizar-se, tarefas domésticas, atividades sociais e de lazer” (SOUSA, DUTRA, MARTINS, 2015).

Diante deste contexto, a família se torna uma grande cuidadora, no processo da doença, no qual vivencia as mudanças e adaptações que ocorrem no dia a dia da vida do idoso.

A participação dos familiares no processo do cuidar com a pessoa idosa, é de grande importância, uma vez que poderá

ser uma tarefa cansativa devendo assim ser partilhada com outras pessoas.

Envelhecer não significa estar ou ser doente, é um processo que ocorre com o passar do tempo. Sabe-se que o “envelhecimento saudável e com qualidade, depende de inúmeros fatores, como por exemplo, sexo, genética, estilo de vida, alimentação, prática de atividade física” (SANTOS, TONHOM, KOMATSU, 2016).

De acordo com os cuidadores participantes do estudo evidenciado na ideia central 1.2, *prevenção de queda*, com o passar dos anos as implicações vão surgindo e comprometendo a força muscular, ocasionando a incapacidade motora, na qual ocorre uma maior propensão a episódios frequentes de quedas.

As quedas são bastante comuns no processo de envelhecimento, podendo resultar em vários infortúnios, desde contusões, medo de cair, até consequências mais sérias, como fraturas e morte.

Se faz necessário conhecermos os principais fatores desencadeantes e adotarmos as medidas de segurança para que se possa minimizar as quedas em pessoas idosas com doença de Parkinson (MARQUES, OTONI, FAUSTO, 2017).

Desta forma, a prevenção de quedas por parte dos cuidadores é de extrema importância, pois os idosos com doença de Parkinson apresentam déficit do equilíbrio, necessitando identificar as causas que colocam o indivíduo em risco e realizar orientações aos cuidadores com relação a segurança dos idosos.

Quanto ao processo de cuidar da pessoa com doença de Parkinson implica, por vezes, em observar atentamente

aspectos como o comprometimento do equilíbrio corporal e o consequente aumento das quedas, os quais ocasionam a ansiedade, preocupação e o medo por parte do cuidador (FERREIRA, CORIOLANO, LINS, 2017).

Um dos maiores desafios vivenciados pelos cuidadores é a segurança física do idoso, pois devido aos distúrbios motores, tendem a sofrer mais acidentes domésticos, como quedas, comprometendo a saúde física. Assim, o cuidador se sente inseguro, preocupado e com medo em consequência da fragilidade em que se encontra a pessoa acometida pela doença de Parkinson.

Quando se questionou aos participantes do estudo, os conhecimentos que têm sobre a Doença de Parkinson, obtivemos o seguinte resultado, apresentado no quadro a seguir:

Quadro 2. Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes da pesquisa em resposta a questão: **Quais os conhecimentos que você tem sobre a doença de Parkinson?**

IDEIA CENTRAL (2.1.) Conhecimento da doença	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (2.1.) <i>Doença que atinge o sistema neurológico, e dá esses tremores [...] perdendo limitações, problemas de rigidez [...] é uma doença que tem tratamento, cuidado [...] paciente vai ficando mais debilitado precisando de ajuda de uma outra pessoa, [...] não tenho muito conhecimento sobre a doença.</i>
IDEIA CENTRAL (2.2.) Doença que não tem cura	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (2.2.) <i>[...] não acharam a cura para ela [...] cura só Deus</i> <i>[...] cuidados necessários para que ela possa viver melhor</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O DSC dos cuidadores incluso na ideia central 2.1, *conhecimento da doença*, destaca que a doença de Parkinson atinge o sistema neurológico, apresentando manifestações clínicas como tremores, rigidez e limitações, nos quais os cuidadores sentem a necessidade de serem informados acerca da doença, seus sintomas, evolução, cuidados e tratamento.

Diante da evolução da doença o idoso vai se tornando cada vez mais debilitado, necessitando que os cuidadores se apropriem sobre o conhecimento acerca da doença para que possam contribuir no processo de cuidar.

É de fundamental importância atuar precocemente nos sinais e sintomas evitando uma progressão mais rápida e agravamento da doença (FRANÇA, SANTOS, MAGALHÃES, 2019).

A referida doença traz muitas frustrações, pois quanto maior é a progressão dos sintomas, menor é a efetividade do cuidado; o idoso doente apresenta muitas limitações que antes não tinha, sendo função do cuidador fornecer o apoio necessário para contornar essa problemática (MORAES et al, 2016).

A busca pela qualidade de vida é importante não apenas para o paciente, mas também para a família, que necessita de um olhar ampliado para promoção e prevenção da saúde por parte da equipe multiprofissional (LUSTOSA, DUTRA, MOREIRA & EVANGELISTA, 2015).

O discurso incluso na ideia central 2.2, *doença não tem cura*, deixa transparecer que os cuidadores sabem que a doença de Parkinson não tem cura, mas com o tratamento

medicamentoso, e o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar podem atenuar os principais sintomas e distúrbios da doença.

Se faz necessário que os cuidadores sejam informados acerca da doença para que possam contribuir no processo do cuidar, elaborando estratégias que visem uma assistência integral ao idosos.

O cuidador relata que não existe cura para doença, se fortalecendo com o apoio espiritual, quando expressa na fala que “só Deus é quem pode curar”. Neste sentido, verifica-se a busca no processo de enfrentamento de situações adversas. A fé e a espiritualidade influenciam na superação das dificuldades e sofrimentos pessoais e sociais, podendo ser encarada como fator protetor contra os sentimentos negativos que a doença provoca.

As pessoas buscam na fé e na espiritualidade a paz interior diante das adversidades e um resignificado para vida, principalmente depois da descoberta da doença (LIMA, VALENÇA, REIS, 2016).

Quando se questionou aos participantes do estudo, quais as informações que gostariam de ter sobre a doença de Parkinson, obtivemos o seguinte resultado como apresentado no quadro a seguir:

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes da pesquisa em resposta a questão: **Quais as informações que você gostaria de saber sobre a doença de Parkinson?**

IDEIA CENTRAL (3.1.)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (3.1.)
Causas da doença	<i>[...] a respeito como ela se desenvolve, qual o fator principal, motivos que causam sejam psicológicos, emocionais</i> <i>[...] não tenho muito conhecimento sobre a doença [...] fui me aprofundando mais sobre a doença de Parkinson para saber os cuidados que eu deveria ter com ele</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Percebe-se que a partir do DSC na ideia central 3.1, *causas da doença*, os cuidadores demonstram ter interesse em saber informações e se aprofundar sobre a doença de Parkinson. Esse conhecimento possibilitará aos cuidadores implementar ações que visem promover bem estar dos idosos.

Nos dias atuais, em virtude das mudanças no perfil epidemiológico da população, houve um aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, onde o processo de cuidar do idoso com doença de Parkinson se tornou uma discussão fundamental no setor da saúde pública. Diante dessa situação, observa-se que a presença do cuidador se tornou mais evidente e atuante na sociedade (FREITAS et.al. 2011).

Em se tratando de uma doença degenerativa que progride lentamente e que, muitas vezes, ocasiona limitações físicas e mentais, a doença de Parkinson causa mudanças não

só ao idoso, mas também a todos os familiares envolvidos no processo de cuidar (PADOVANII et al, 2018).

Conforme Domingo (2015), a “inserção do cuidador durante o processo saúde doença permite que o mesmo construa seu saber referente a essa patologia”, proporcionando melhores manejos no cuidado ao idoso acometido pela doença de Parkinson.

Ademais, orientar os familiares para a prática de cuidado é fundamental, já que estes muitas vezes encontram-se despreparados para cuidar no domicílio. Os familiares necessitam que as orientações respeitem seu entendimento e aspectos culturais, reconhecendo a atenção da família para o cuidado (IBALDO, SILVEIRA, OLIVEIRA et al, 2014).

Observa-se, através das falas apresentadas, que a maioria dos cuidadores têm interesse em obter um maior conhecimento da doença, porque assim se sentem mais seguros para enfrentar as possíveis adversidades que a doença pode proporcionar, como também melhorar o cuidado prestado ao idoso com doença de Parkinson.

Para amenizar os desafios do processo de cuidar, os cuidadores de idosos com doença de Parkinson necessitam utilizar estratégias educativas para que possam se inserir em grupos de apoio, que favoreçam a troca de experiências e relações com pessoas que vivenciam as mesmas situações.

Em virtude da sobrecarga de atividades e das preocupações existentes com a saúde do idoso, os cuidadores, necessitam se cuidar. Praticar atividades físicas, como

caminhadas, natação, hidroginástica; desenvolver o cuidado espiritual além realizar os exames periódicos. Destacam-se que essas atividades auxiliam no descanso do corpo e da mente.

O apoio emocional e psicológico tem um aspecto relevante para o cuidador, pois o mesmo necessita que alguém lhes escute e que seja capaz de se colocar em seu lugar, proporcionando conforto e segurança.

Os cuidadores precisam incorporar em suas vidas uma rotina de cuidado que envolva o uso de estratégias para que possam obter forças a partir de crenças espirituais; aprender técnicas de relaxamento e redução do estresse para que o cuidador consiga manter seus compromissos sociais, permitindo que sua vida não sofra tantas alterações. Desta forma se faz necessário administrar melhor o tempo; buscando os serviços de apoio disponíveis; mantendo uma comunicação efetiva com o familiar do idoso e trabalhar psicologicamente para o futuro quando ocorrer a progressão da doença (MOCELIN, SILVA, CELICH et al. 2017).

Diante do exposto na pesquisa em tela, através dos DSC, dos participantes do estudo, foi proposto as estratégias educativas abaixo:

- Formação de grupos de apoio aos cuidadores de idosos com doença de Parkinson;
- Realização de palestras, rodas de conversa para os cuidadores de idosos com doença de Parkinson;
- Orientações aos cuidadores de idosos sobre a evolução da doença de Parkinson;

- Confeção de folders e cartilhas que possam colaborar junto aos cuidadores para a assistir os idosos;
- Práticas integrativas para os cuidadores e idosos com doença de Parkinson.

O discurso do sujeito coletivo dos cuidadores de idosos inseridos no estudo evidencia o interesse dos cuidadores em adquirir conhecimento acerca da Doença de Parkinson com o fim de proporcionar uma qualidade de vida saudável ao idoso.

Os cuidadores envolvidos na pesquisa são maioria familiares, esposa e filhos, que exercem a função de cuidador. Desta forma, visualiza a necessidade de propor estratégias educativas que possam contribuir para a assistência aos idosos acometidos com a doença de Parkinson

Espera-se que esta pesquisa contribua com novas reflexões no tocante a estratégias educativas para os cuidadores de idosos, buscando fortalecer os conhecimentos, acerca da doença.

Busca-se incentivar a produção de novos estudos que possa contribuir no âmbito da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. M. et al. Grupo de apoio às pessoas com Doença de Parkinson e seus familiares, **Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 13, n. 22, p.1-10, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466/2012 do CNS**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 11 dez 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3.ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

DOMINGO, E. P. **El libro blanco del Párkinson em España: aproximación, análisis y propuesta de futuro**. España: Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 Disponível em: http://www.fedesparkinson.org/libro_blanco.pdf. Acesso em: 11 ago. 2018.

FERREIRA, D. P. C.; CORIOLANO. M. G. W. S.; LINS, C. C. S. A. A perspectiva do cuidador da pessoa com Parkinson: revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.103-114, 2017.

FRANÇA, S. A. et al. Severidade dos sintomas da doença de parkinson. **Revista Saúde** (Sta.Maria). v.45, n.1, 2019.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2011.

GALVÃO, T. L. A. et al. Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. **Rev. Fund. Care. Online**. v.8, n.4, p.5101-5107, out/dez. 2016, DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5101-5107>.

IBALDO, S. S. et al. Ser familiar cuidador no espaço domiciliar: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v.8, n.7, p.2115-21, jul., 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 1980, 1991, 200 e 2010, e Contagem da população 1996**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/preocupacao_futura.html. Acesso em: 26 fev. 2018.

KUSTER, B. J. K. et al. Cuidados de enfermagem aos usuários com doença de Parkinson na atenção básica de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.4, n.1, p.10-18, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9074>. Acesso em: 3 dez. 2018.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa qualitativa levada a sério**. 2003b. [internet]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_o_que_e.htm. Acesso em: Jul., 2011.

LIMA, P.V. ; VALENÇA, T. D. C. ; REIS, L. A. Envelhecer com Dependência Funcional: Construindo Estratégias de Enfrentamento. **Revista Pesquisa Em Saúde**.; v.17, n.2, p.96-101, Mai-Ago, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6082/3668>. Acesso em: 11 dez 2018.

LOPES J. **Como enfrentar o Parkinson**. Bauru, SP: Alto Astral, 2019.

LUSTOSA A. M. et al. Cuidados paliativos: discurso de médicos residentes. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.25, n.3, p.369-374, 2015.

MACHUCA, Louise et al. Projeto cuidar melhor: elaboração do manual do cuidador de pacientes, do município de Ponta Grossa. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.22, n.1, p. 86-92, jan./jun. 2016. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MARQUES, J. M.; OTONI, D. B.; FAUSTO, L. M. Intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos acometidos por doença de parkinson. **REV. EDUC. MEIO AMB. SAÚ.** v.7, n.2, abr./jun. 2017.

MOCELIN C, et al. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. **Rev Pesqui: Cuid Fundam** [Internet]. v.9, n.4, n.1034-1039, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1034-1039>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MORAES, Natália Dal Paz et al. Cuidado domiciliar ao portador de Doença de Parkinson: revisão sistemática. **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n.4, p.401-412, 2016. ISSNe 2176-901X.

PADOVANI C. et al. Ser cuidador de pessoas com a Doença de Parkinson: situações vivenciadas. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.71 (suppl) n.6, p.2784-91, 2018.

SANTOS, F. S; JÚNIOR, J. L. O idoso e o Processo do Envelhecimento: um estudo sobre qualidade de vida na terceira idade. **ID online Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.8, n.24, p.34-55, Nov. 2014. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/300/409> . Acesso em: 12 dez 2018.

SANTOS, S. C.; TONHOM, S. F. R.; KOMATSU, R. S. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29 (Supl), p.118-127, dez. 2016.

SOUSA, B. B. P. ; DUTRA, D. M. ; MARTINS, J. S. Cuidados de enfermagem e o apoio da família ao idoso com doença de Parkinson. IV congresso de envelhecimento humano. **Anais CIEH** (2015) – v. 2, n.1, ISSN 2318-0854.

TEIXEIRA-ARROYO, C.; SANTOS, P. C. R.; GOBBI, L. T. B.
Programa de Atividade Física para Pacientes com Doença de
Parkinson: PROPARKI. In: COELHO, F. G. M. et al. **Exercício
físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria a
prática**. Curitiba: Editora CRV, 2013, p. 541-368.

CAPÍTULO 12

AS INTERFACES DO SUS E SUAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA À PESSOA IDOSA

Liélia Barbosa Oliveira

Geraldo Sávio Almeida Holanda

O presente capítulo tem por objetivo realizar uma análise da rede de atendimento a pessoa idosa no Brasil, de modo especial o na política de saúde e sua interface com a política de assistência social.

O Brasil vem passando por uma transição demográfica desde meados da segunda metade do século XX, onde se apresenta um fluxo mundial de envelhecimento, chegando a ser percebido e definido pela comunidade científica como fenômeno da era contemporânea. É bem verdade que o século XX trouxe para a humanidade a consolidação tecnológica e sua frenética transmutação para a vida ordinária da população mundial. É inegável os impactos e transformações que a tecnologia e a ciência passaram a fornecer aos países e povos de todo o mundo. Esses impactos puderam ser sentidos em todas as áreas de vivência da sociabilidade humana, a saber, a área política, social, demográfica, epidemiológica, cultural e, portanto, global. Falamos, contudo, que vivemos um mundo globalizado, logo, inúmeras conjecturas impactam visceralmente o ordenamento mundial.

No tocante aos fluxos demográficos, evidenciamos as mudanças em aspectos globais e no caso brasileiro não poderia ser diferente. É bem verdade também, que reservamos particularidade e especificidades, geográficas, históricas, sociais, políticas, culturais e econômicas que mesmo respondendo a nomenclatura do ordenamento mundial, esses aspectos devem ser considerados nas nossas análises conjunturais sobre quaisquer temas, e nesse caso específico, tratando-se do envelhecimento populacional no Brasil.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) é categórico em apresentar os dados dessa transformação na pirâmide etária brasileira. Em 2013, segundo suas projeções estatísticas a população idosa passaria para 14,9 milhões (7,4% do total de habitantes), e em 2060 para 58,4 milhões (equivalente a 26,7%). O que representa uma significativa mudança e transição de uma sociedade considerada até então como jovem para uma sociedade senescente.

O envelhecimento apresenta-se como uma conquista para a humanidade, haja vista que, é um resultado do cruzamento de desenvolvimento científico e oferta de condições sociais através de ações governamentais para a redução da mortalidade e, na mesma proporção, prolongamento da vida. Outro fator importante é a redução da natalidade que também apresenta variantes interessantes a serem consideradas para compreendermos seus impactos e interferências no processo de transição demográfica.

Acoplada a alteração dos nascimentos está a mudança cultural acerca da vida social e mudança dos papéis de família e de forma particular no papel da mulher na sociedade, que embora ainda prevaleça a cultura patriarcal muito se tem avançado nas políticas de promoção dos direitos das mulheres em especial no tocante aos direitos reprodutivos. São avanços a serem ponderados, contudo há muito a ser conquistado no que tange a luta pelos direitos das mulheres.

Os dados do censo do IBGE (2010), bem como dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), apresentam o aspecto da feminização da pessoa idosa. O que nos leva a pensar que as mulheres são um público que maior acessa as benesses das políticas públicas em especial a saúde. O que aponta também, o aspecto da cultura e da mentalidade, onde boa parte do público masculino ainda resiste a frequentar os serviços para acesso da prevenção e tratamento de maneira preponderante em relação à saúde.

O fato consiste em compreendermos que o envelhecimento entra na agenda mundial de debates. A necessidade se torna cada vez mais evidente a medida que o contingente de pessoas chegam acima dos 60 anos de idade.

Nesses termos acentua-se o debate acerca das políticas de proteção social que conforme nos sugere Sposati (2013), se constrói de forma desigual quando se trata do caso brasileiro, sobretudo quando assentamos as raízes nos solo histórico das desigualdades sócio histórica do país em especial com o processo de ajustamento ao ordenamento mundial do Capital. Como bem sabemos nos fins do século XIX e início do XX o

Brasil passou a adequar-se ao capitalismo apresentando assim a questão social¹ fruto dessa nova relação entre Capital e trabalho.

É dessa relação de natureza contraditória que a saúde desponta como expressiva área de necessidades para acessos a proteção, haja vista que, boa parte dos processos de adoecimento é adquirida ao longo de toda a trajetória no mundo do Trabalho. Assim, a saúde e tudo que a cerca torna-se área de expressão da questão social. Que cabe a nós sermos propositivos e críticos em suas análises de acessos na conjuntura vigente.

Ao tratarmos o tema do envelhecimento, nos cabe transpor a discussão a esse cenário histórico que muito nos revela as condições de surgimento das contradições dessa relação Capital *versus* Trabalho, onde a pauperização torna-se uma realidade preponderante, assim, Paiva (2014) nos direciona a pensarmos essas dicotomias e nos propõe e convoca a centralizar o debate sobre o envelhecimento sob a ótica da dialética, ou seja, propõe uma discussão sobre gerontologia social e crítica. Torna-se demasiadamente importante acentuar o debate dentro das observações dos impactos sociais para com as demais dimensões dos temas sobre envelhecimento. Enquadrando-o dentro da perspectiva

1 Para melhor compreensão sobre a Questão Social sugerimos a leitura do livro “Questão Social”: particularidades do Brasil, da Joseane Soares dos Santos, Editora Cortez, 2012. O entendimento aqui empregado diz respeito às contradições sociais dentro da relação entre capital e trabalho, portanto, como parte da dinâmica capitalista e das lutas sociais contra a exploração do trabalho.

do mundo pós a modernidade e dentro das amarras do sistema social vigente.

Torna-se urgente acentuar a relevância do âmbito social para a dimensão do que a OMS (2015) reconhece e trabalha com a percepção de envelhecimento ativo e, portanto, sadio. Reconhecer o aspecto social como relevante em todas as dimensões da vida humana é parte inicial do debate sobre envelhecimento humano. Somos parte expressiva do que nos é possibilitado acessar socialmente ao longo de nossa existência. As dimensões objetivas e subjetivas são resultado da experiência que nos é ofertada desde o nascer. Assim, objetivamos realizar uma análise da rede de proteção à pessoa idosa no Brasil, de modo especial no âmbito da saúde e sua interface com a política de assistência social.

Desta maneira, pensar o tema e a relevância da gerontologia social crítica, incide em evidenciar a importância dos acessos e da proteção social necessária e obrigatória para com o vivente, o trabalhador.

SUSE SUAS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA À PESSOA IDOSA

A pessoa idosa necessita de atenção integral em vários aspectos da sua vida social, no que concerne ao convívio familiar, à interação social, ao acesso aos serviços da seguridade social, à informação, à cultura, lazer, esporte, locomoção, à alimentação, habitação etc. É importante

ressaltar que o Governo Federal, o Distrito Federal, estados e municípios possuem responsabilidades na garantia dos serviços de atenção e assistência à pessoa idosa.

Eles atuam por meio de cooperação entre várias entidades, sendo o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) os órgãos fundamentais para a administração de políticas públicas para pessoas idosas. Eles estão pactuados com a Atenção Primária, que no Brasil se convencionou a designar Atenção Básica e os demais níveis de Atenção integrados entre si para garantir uma rede de proteção e melhor qualidade de vida para as pessoas senescentes.

Como nos proporciona a compreensão, Paim (2009), Aguiar (2015), Rodrigues e Santos (2001), o SUS em sua estruturação tende a descentralização no funcionamento pactuando com as demais esferas governamentais do âmbito da gestão, ações cooperadas para implantar o sistema de saúde da federação. Nesse interim, o Ministério da Saúde é órgão gestor do SUS que tende a formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A Atenção à saúde é compreendida em seus três pilares fundamentais, a saber: rede, que incorpora os serviços prestados interfederativos; a regionalização, que corresponde à região de saúde e, a hierarquização que reflete os níveis de complexidades dos serviços prestados na assistência. Cabe enfatizar que a compreensão de saúde nesse contexto é de saúde coletiva, portanto, a saúde primária é estratégia fulcral do entendimento em saúde que corresponde ao

conceito ampliado conforme preconiza a OMS, alargando o conceito biomédico e curativo para o preventivo e proativo dos grupos populacionais. Portanto, a rede básica de saúde deve ser compreendida como aquela que efetiva um trabalho educativo, proativo e diversificado com a comunidade, tendo, portanto, contato inicial com a população e usuários do serviço de saúde.

A organização de saúde no Brasil segue as orientações da OMS e divide o SUS em três níveis de atenção à saúde: o primário, que corresponde ao atendimento inicial de contado com os usuários e tende a ações preventivas e de atendimento simples e monitoramento de doenças com consultas e procedimentos simples e de exames que tem como referência institucional as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Já o secundário corresponde ao atendimento especializado, com ambulatórios e hospitais, tem uma média complexidade no atendimento e acompanhamento dos casos de adoecimento, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são categorizadas nesse nível de complexidade; o terciário corresponde ao nível mais complexo englobando casos graves e com equipamentos mais avançados de diagnóstico e com profissionais altamente especializados, é o nível da alta complexidade que envolve casos cirúrgicos e acompanhamentos mais complexos oferecendo riscos de vida aos usuários.

Nesses níveis de atendimento são ofertados os serviços à pessoa idosa, atendendo a avaliação de necessidade de

encaminhamento diante da complexidade para a garantia do direito da pessoa idosa à assistência a saúde.

Essa estrutura da saúde incorpora ações de atendimento e colhimento das demandas da pessoa idosa concernentes com o que preconiza o Estatuto do Idoso e demais normativas de atendimento em saúde destinadas a este segmento populacional no enfrentamento das necessidades que apresentam.

Como referência a rede de atendimento temos as unidades que a incorporam que são as seguintes: na atenção básica temos a UBS com as Equipes de Atenção Básica (eAB), Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); na atenção especializada de média complexidade temos a atenção às urgências, internação domiciliar, atenção hospitalar, ambulatórios de especialidades, reabilitação e na alta complexidade temos os Centros de Referência ao Idoso (CRASI) que ainda não é presente em todos os estados da federação, sendo uma realidade mais centrada no sudeste do país, como aponta Freitas e Moraes (2008).

Ficando desta forma, a atenção hospitalar como sendo praticamente a mais alta cobertura de atendimento do SUS a pessoa idosa em nível de complexidade e de acesso. Os CRASI são definidos como hospitais com no mínimo cem leitos apresentando quatro modalidades assistenciais: internação hospitalar, hospital-dia geriátrico, ambulatório especializado em saúde do idoso e assistência domiciliar.

Nessa modalidade o serviço é compreendido dentro de uma oferta de ambulatório especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipes multiprofissionais e interdisciplinares com suporte aos usuários de forma individual e coletiva. A perspectiva da assistência é de referência geriátrica e gerontológica.

Para tanto, se faz necessária a articulação intersetorial com a rede de proteção socioassistencial para se ter um atendimento global da pessoa idosa. Nesse sentido, a interface com Política de Assistência Social (SUAS), é estratégica na atenção integral à pessoa idosa. O SUAS também se divide em níveis de atendimento, tendo, portanto, a proteção social básica, ofertada pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), que é a porta de entrada da política onde o atendimento ao usuário é na intenção de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, com intervenções educativas e realização de ações e programas destinados a vários segmentos geracionais, incluindo a pessoa idosa.

Temos na proteção social de média complexidade a cobertura ofertada pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), que é responsável pela prestação de serviços aos usuários em situação de violação de direitos, sendo parte integradora desse sistema de cobertura para o idoso o Centro-dia que tem por atenção especializada atendimento a pessoa idosa durante oito horas diárias prestando serviços de saúde, reabilitação, apoio psicológico, atividade ocupacional, lazer entre outros; o atendimento

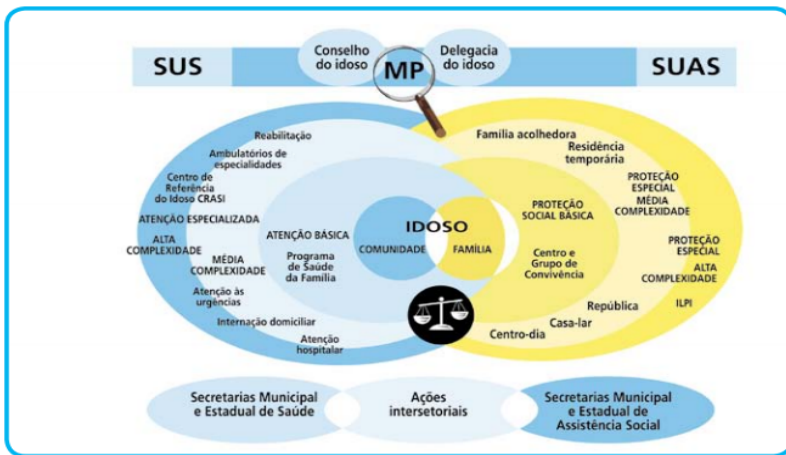
domiciliar, com pelo menos duas visitas semanais a pessoa idosa no próprio domicílio no intuito de apoiar as familiar no reforço dos vínculos familiares e comunitários e melhoria da qualidade de vida e manutenção e bem estar do senescente.

Fazendo parte também à residência com família acolhedora que são cadastradas e capacitadas para oferecer abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com suas famílias; a residência em casa-lar, que é destinada a pessoas idosas com algum tipo de dependência e é ofertada para pequenos grupos, no máximo oito pessoas; e a residência em república que é para pessoas idosas independentes, também em pequenos grupos cofinanciada pelos idosos em parceria com instituições públicas, privadas ou filantrópicas.

Na esfera da proteção especial da alta complexidade temos atendimento integral institucional que é ofertado em instituições acolhedoras como abrigo, asilo, lar e casa de repouso para pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou em situação de violência que são as Instituições de Longa Permanência (ILPI).

A figura a seguir, apresenta as interfaces da assistência, atenção e apoio do SUS e SUAS à pessoa idosa, através das ações intersetoriais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e de Assistência Social:

Figura 1. Estruturas de uma Rede Assistencial à Pessoa Idosa (Interface SUS-SUAS).



Fonte: Freitas e Moraes (2019, p. 302, com adaptações).

Para maior inteligibilidade sobre a rede de assistência é necessário compreender as interfaces do SUS e do SUAS². Mas, antes é interessante destacar que o primeiro corresponde desde os atendimentos da atenção básica aos de alta complexidade da saúde, já o segundo se refere à rede de proteção social e de apoio que tende a identificar e solucionar os problemas de desamparo e das várias vulnerabilidades nas quais as pessoas idosas possam se encontrar, lhes garantindo os direitos da seguridade social.

2 Constitui-se em um Sistema de Proteção Social baseado nos princípios da descentralização, intersetorialidade, participação, territorialidade e matricialidade na família, que têm como marcos legais a Lei Orgânica da Assistência Social e a Política Nacional de Assistência Social, legislação recentemente aprovada que vem estabelecer o SUAS. (FREITAS; MORAES, 2019, p. 300).

De acordo com a figura 1, percebe-se a rede de atendimentos intersetoriais do SUS e SUAS para a pessoa idosa. Compreende-se que ambas são assistidas pelo Ministério Público com fins a garantir a aplicabilidade da lei garantida no regulamento do Estatuto do Idoso. Assim, temos o Conselho do Idoso, como órgão permanente, de natureza deliberativa, normativa, paritária, fiscalizadora, consultiva e de avaliação da política que tem por finalidade a formulação e implantação da política do idoso (LIMA; SARDINHA, 2018, p. 34).

Já, a Delegacia de Proteção ao Idoso é uma instituição criada com o objetivo de atender e garantir os direitos da população brasileira com mais de 60 anos, orientando-os, e realizando o encaminhamento correto em casos onde se fizer necessário.

É importante ressaltar que em estudos técnicos na área de saúde se constatou que o ambulatório especializado (que conta com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que realiza atendimento individual e grupal) é uma das modalidades assistenciais mais atuantes. No entanto, ela não diminui a importância das demais modalidades, até porque, elas atuam simultaneamente de modo complementar no atendimento ao idoso, seja na descoberta e no tratamento de um diagnóstico patológico com internação, medicação e acompanhamento médico-hospitalar, na reabilitação e na ressocialização do indivíduo.

Já, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é um equipamento público municipal da Política da Assistência Social e se caracteriza como principal porta de entrada

do SUAS destinando-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (precário acesso aos serviços públicos) e, ou, fragilização de vínculos afetivos (LIMA; SARDINHA, 2018, p. 36). Outro órgão que atua junto ao CRAS contra a violação de direitos sobre o indivíduo é o CREAS³, que corresponde a canal socioassistencial que protege o usuário que se encontra em um ambiente pernicioso e perturbador.

É importante destacar, que de acordo com o Estatuto do Idoso, o atendimento ao idoso será preferencial em todo e qualquer órgão e hoje já contamos com os Super Idosos, que são aqueles que possuem mais de 80 anos e que tem a prioridade dentro da prioridade.

Portanto, verificamos a necessidade do trabalho interdisciplinar na cobertura e efetivação dos direitos da pessoa idosa. Tornando-se importante a avaliação da necessidade da abordagem global e multiprofissional no atendimento dos direitos do público senescente. A observância completa e ampla do indivíduo leva a efetivação de ações de responsabilidade do Estado na promoção de qualidade de vida em tempos de mudança demográfica. O Brasil deve se preparar e planejar suas políticas públicas para o atendimento de necessidades surgentes e vindouras. O futuro já está a nossa porta, portanto, precisamos qualificar o debate

3 O CREAS é uma unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, como: abandono, maus tratos físicos, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, situação de rua, entre outras, e que demandam intervenções especializadas da proteção social especial. (LIMA; SARDINHA, 2018, p. 36).

e atenção ao tema do envelhecimento humano e com uma abordagem gerontológica.

O envelhecimento humano é uma ocorrência mundial, portanto, devemos voltar nosso olhar científico para o fato em evidência. As projeções estatísticas nos fazem crer que a nossa sociedade mudou e mudará mais ainda nas próximas décadas. Urge deste cenário a necessidade de problematização sobre as políticas públicas de promoção de um envelhecimento saudável e ativo conforme preconiza a OMS e a Constituição Federal de 1988 que garante o tripé da Seguridade Social tendo a Saúde como um direito universal, portanto, de acesso irrestrito.

Como bem sabemos, a saúde corresponde a uma área estratégica da vida humana, residindo nela grande parte de investimentos públicos para sua promoção, manutenção e ampliação. Cabe também adensarmos o debate da necessidade de um trabalho que qualifique a necessidade de ampliação do elo entre o SUS e SUAS, bem sabemos da necessidade e importância da assistência integral a pessoa idosa quando concordamos com a ideia de envelhecimento ativo e proativo conforme preconiza a OMS.

Nesse sentido, precisamos construir propostas de políticas que venham a incorporar e ofertar a população subsídios para um envelhecimento ativo, qualificado e de acesso a direitos constitucionais.

Faz-se necessário a todos o conhecimento da rede de atendimento ofertada a pessoa idosa no intuito de promovê-la e ampliá-la dentro da perspectiva de qualificá-la melhor

para o atendimento as necessidades das pessoas idosas, que são o público demandante da política e que formam o grupo prioritário no atendimento e atenção em saúde.

Cuidar dos idosos hoje é promover nosso próprio envelhecimento. Portanto, precisamos construir e qualificar os serviços de atendimento a pessoa idosa dentro dos parâmetros de melhor cobertura para os cidadãos que ajudaram a construir esse país.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z, N. **SUS: Antecedentes, Percurso, Perspectiva e Desafios**. São Paulo: Martinari, 2015.

FREITAS, M. P. D. e MORAES, E. N. de. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. *In: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. (org.) BORGES, Ana Paula Abreu e COIMBRA, Angela Maria Castilho. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Educação a Distância Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.. Coordenação de Educação a Distância. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008, p: 291-305.

_____. Dinâmica da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. *In: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. (org.) BORGES, Ana Paula Abreu e COIMBRA, Angela Maria Castilho. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Educação a Distância Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.. Coordenação de Educação a Distância. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008, p: 305-316.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.** 2010.

LIMA, R. de A. e SARDINHA, A. H. de L. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa:** guia de informações e orientações úteis. São Luiz: EDUFMA, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/937/1/Mapeamento%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Pessoa%20Idosa.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2019.

OMS. **Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde,** 2015.

PAIM, J. S. **O QUE É SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA, S. de O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital.** São Paulo, Cortez, 2014.

RODRIGUES, P. H. e SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania:** uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo, Editora Atheneu, 2001, p.90.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pauta para o trabalho do assistente social. In: **Revista de Serv. Soc. Soc.,** São Paulo, n116, p.652-647, out/dez, 2013.

CAPÍTULO 13

CAUSAS DE INTERNAÇÃO DE IDOSOS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA

*Emanuelle Cassiano Agripino Santos Queiroga de Lucena
Carmem Gabriela Gomes de Figueiredo*

O número de pessoas idosas tem crescido rapidamente quando comparado ao aumento populacional dos outros grupos etários e, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, no ano de 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar em relação à quantidade de idosos no mundo. Este processo de envelhecimento da população é um acontecimento natural e irreversível, que acontece em todo o mundo e que exige mudanças na forma de pensar e de viver a velhice (BRASIL, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), a população brasileira deverá crescer até 2047, quando chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes, ela cairá gradualmente até os 228,3 milhões, em 2060, quando o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5%, ou seja, 58,2 milhões de idosos.

Na transição epidemiológica que o Brasil vivencia, observa-se uma maior prevalência das doenças crônicas

degenerativas na população, o que implica na urgência de reorganizar as políticas públicas nos setores da saúde, previdência e assistência social. Para que estas sejam eficazes, elas devem ser pensadas e discutidas por uma equipe multiprofissional, de forma a proporcionar um envelhecimento ativo e saudável à população idosa. Assim, os idosos e suas famílias viverão com autonomia, harmonia e independência.

O envelhecimento é um processo complexo em que o idoso necessita de cuidados e atenção, devido a sua condição de vulnerabilidade. Entretanto, estar idoso, não implica, necessariamente, na presença de doenças, de limitações para a realização de atividades diárias e de incapacidades permanentes (CASTRO et al., 2013).

No cenário de muitas comorbidades e tratamentos poli medicamentosos, o amparo clínico precisa ser amplo, desde da assistência básica até atendimentos hospitalares. Esta abrangência na assistência ao idoso ocasiona um aumento nas despesas públicas que acobertam a assistência social e a saúde, podendo ser compreendido como um risco ao equilíbrio econômico mundial, no século XXI (TEIXEIRA; BASTOS; SOUZA, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a opção preferencial na atenção à saúde da pessoa idosa, no entanto ao procurar atendimento nos serviços de saúde inapropriados, gera dificuldades no atendimento ao idoso e na resolutividade de suas morbidades. As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são condições de saúde que devem ser tratadas e acompanhadas por serviços de atenção primária,

caso estas não recebam atenção devida, pode evoluir e demandar uma hospitalização.

Com a intenção de diminuir as consequências provenientes da busca inadequada dos serviços de emergências e urgências, o Ministério da Saúde instituiu o acolhimento dos pacientes em ambientes hospitalares de acordo com a classificação de riscos à saúde dos mesmos. Dessa forma, foram priorizados os atendimentos de urgências e emergências, conforme a situação clínica do usuário e não mais pelo o horário de chegada (RISSARDO et al., 2016).

Mesmo trabalhando com a classificação de risco, é visível que alguns idosos não possuem gravidade para sua admissão nos serviços de urgências, no entanto, são admitidos por serem idosos frágeis ou pela terapêutica de alguma descompensação de doenças crônicas.

Em estudo realizado por Serbim, Gonçalves e Paskulin (2013), percebeu-se que inúmeros idosos optaram pelo serviço de emergência para acompanhamento de doenças crônicas, não utilizando serviços de saúde de atenção primária, e que alguns idosos procuraram o serviço de urgência mesmo sem estarem acometidos por nenhuma doença. Outro ponto considerável é o entendimento do idoso quanto à sua doença, pois o mesmo associa o seu quadro de saúde aos seus benefícios perante a lei, sobretudo, no que se diz respeito à existência de atendimento preferencial, além de usar a própria idade como condição de atendimento nas urgências.

No estudo realizado Rissardo e colaboradores (2016), a procura pelo serviço de urgência e emergência realizada pelos

idosos foi feita apenas para monitorização de seus agravos, com a aferição da pressão arterial (PA) e da glicemia capilar.

A hospitalização, por vezes necessária, em diversas situações eleva os riscos do paciente a agravar sua morbidade, principalmente, dos idosos. Tais riscos podem ser em adquirir imobilidade, incontinência, desnutrição, depressão, progressão de comorbidades, decréscimo cognitivo, deterioramento da capacidade funcional e, até mesmo, de falecimento (MARQUES et al., 2014).

A tendência mundial é que a procura pelos serviços de emergência pela população idosa aumente e, sendo assim, os serviços devem estar preparados para acolher as peculiaridades desta população, em que o grau de fragilidade é bem superior aos demais (SERBIM; GONÇALVES; PASKULIN, 2013).

O serviço de emergência no Brasil é uma das portas de acesso ao serviço de saúde. Assim, compreender a demanda dos usuários nesse serviço é importante para a sua organização e operacionalização, a fim de oferecer um atendimento resolutivo ao usuário. Ao identificar as condições de saúde dos idosos, que buscam os serviços de emergência, e apontar a rede formal e informal, com que eles podem contar, contribuem, assim, para a melhoria da assistência à saúde dessa população (SERBIM; GONÇALVES; PASKULIN, 2013).

A maior parte das internações não eletivas, entre os idosos, a maior parte acontece por desequilíbrio de doenças crônicas ou por complicações de quadros agudos, tanto por

suas comorbidades como pelas próprias condições associadas à internação. Somados a isso, após a alta hospitalar, os idosos ficam sujeitos à diminuição da funcionalidade, à recidiva clínica com re-internação, à institucionalização e à morte (TEIXEIRA; BASTOS; SOUZA, 2017).

Percebe-se que os motivos de hospitalização mais frequentes, entre pessoas idosas, são as doenças cuja ocorrência e gravidade podem ser minimizadas com a adesão de práticas saudáveis individuais de estilo de vida. Tais, como: diminuição do hábito de fumar e do consumo exagerado de álcool; dieta com baixo teor de gordura e de carboidrato; rotina de atividades físicas. Além de ações desenvolvidas pelos serviços de atenção primária de saúde voltadas aos idosos, como ações educativas, campanhas de imunização, atendimento em domicílio, entre outros (FILHO et al, 2004).

Portanto, o interesse pelo tema surgiu da observação empírica em um dos serviços de urgência do município de João Pessoa (PB), onde os pacientes admitidos, em sua maioria, apresentavam idade igual ou superior a 60 anos. As causas dessas internações, segundo as hipóteses diagnósticas presentes na ficha de admissão dos pacientes, eram muitas vezes decorrentes da descompensação do diabetes mellitus ou da hipertensão arterial. Já nos idosos acamados, a causa mais prevalente da internação era a pneumonia.

Sabendo que João Pessoa possui uma rede longitudinal de cuidados em saúde e que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ultrapassa os 80%, verifica-se que ainda há fragilidades na atenção ao idoso na Atenção Básica,

visto que algumas condições clínicas, que deveriam ser atendidas nesse nível de complexidade, ainda são as causas da internação nos serviços de urgência.

A ESF deve potencializar ações de prevenção e promoção da saúde ao público idoso, bem como realizar um acolhimento mais resolutivo a fim de minimizar os gastos com internação hospitalar, aumentando assim a disponibilidade de leitos nos hospitais. Dessa forma, efetiva-se a referência e a contrarreferência dos usuários nos serviços de saúde e nas especialidades.

Diante do exposto, o objetivo do estudo (precursor deste capítulo) foi identificar as causas de internação de idosos nas unidades de urgências hospitalares, do município de João Pessoa, PB. E com os dados obtidos, traçar o perfil destes idosos quanto às características epidemiológicas e sociodemográficas, a fim de subsidiar a atenção integral ao idoso no mesmo município.

O estudo desenvolvido caracterizou-se por ser um estudo epidemiológico, descritivo e de caráter retrospectivo. Foram avaliadas as causas da internação hospitalar de pacientes idosos, em 17 urgências hospitalares, no período de junho de 2018 a junho de 2019, do referido município.

Para tanto, foram consultados os dados dos relatórios gerados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), responsável por registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares, presentes nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esses relatórios fornecem dados que subsidiam os gestores a financiar os estabelecimentos de saúde do município.

Consultou-se, também, o banco de dados retirado do portal eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para coleta dos dados no portal foram selecionadas as seguintes etapas: acesso à informação → informações de saúde (TABNET) → epidemiológicas e morbidade → morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS) → geral, por local de internação a partir 2008 → Paraíba → município João Pessoa.

Para realizar a pesquisa, foram consideradas as seguintes variáveis: sociodemográficas, utilizando as faixas etárias 60 a 69 anos (grupo 1), 70 a 79 anos (grupo 2), 80 anos e mais (grupo 3), seguindo as faixas etárias do SIH-SUS; e epidemiológicas, utilizando as variáveis caráter de atendimento – urgência; regime do atendimento – público ou conveniado com o SUS; causas de internação – analisadas de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10).

Como a pesquisa utilizou os dados disponibilizados por meio eletrônico de domínio público e como não houve a possibilidade de inferir quem eram os seres humanos envolvidos na pesquisa, dispensou-se a anuência pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Utilizou-se o programa Microsoft Office Excel, versão 2013, para tabular os dados e analisar de acordo com a distribuição das frequências. Para melhor compreensão dos resultados, foram construídos gráficos e tabelas.

Observou-se que, no período de junho de 2018 a junho de 2019, o SIH/SUS registrou, para o município de João Pessoa, 81.287 internações hospitalares. Destas, a internação da população

idosa representou 23,76% (n=19.313). Quanto ao caráter de atendimento, verificou-se que 70,39% (n=13.594) dos atendimentos dos idosos foram realizados nos serviços de urgências.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos idosos internados na urgência, verificou-se que houve maior prevalência da cor parda 67,82 % (n= 9.220), na tabela 1. Quanto à faixa etária, 41,65% (n= 5.662) desses idosos pertencem ao grupo 1, 34,17% (n= 4.645) ao grupo 2 e 24,18% (n= 3.287) ao grupo 3. Em relação ao sexo, constatou-se que 52,27% (n= 7.106) eram do sexo feminino e 47,73% (n= 6.448) eram do sexo masculino. A faixa etária em que o número de homens foi maior que o número de mulheres foi a faixa etária de 60 a 69 anos, no qual tivemos 2.992 homens e 2.670 mulheres (tabela1). Resultados semelhantes foram encontrados por Castro et al. (2018), ao analisarem as internações de idosos, entre 2008 e 2011, em que verificaram que os homens apresentaram porcentagens mais elevadas que as mulheres, nas faixas etárias de 60 a 69 anos (51,9%).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas.

Cor/Raça	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Branca	574	459	385	1.418
Preta	145	105	86	336
Parda	3.891	3.198	2.131	9.220
Amarela	475	364	284	1.123
Indígena	9	3	-	12
Sem informação	568	516	401	1.485
Total	5.662	4.645	3.287	13.594

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas.

Sexo	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Masculino	2.992	2.204	1.292	6.488
Feminino	2.670	2.441	1.995	7.106
Total	5.622	4.645	3.287	13.594

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Observou-se um número menor de mulheres atendidas nas urgências e emergências. Esses dados confirmam que a procura feminina é maior nos serviços de prevenção e de diagnóstico, corroborando com os resultados obtidos por Cunha, (2014). Tal diferença pode ser explicada por atos comportamentais relacionadas às práticas saudáveis, estilo de vida e cuidados à saúde. Os homens são mais expostos aos riscos de saúde, ao longo da vida, buscando menos os serviços de prevenção e promoção da saúde, quando comparado ao público feminino (MARQUES et al., 2014).

Somados a isso, os valores de masculinidade culturalmente cultivados pela sociedade; as exigências do mercado de trabalho e o estilo de funcionamento dos serviços de saúde favorecem a procura dos serviços de alta complexidade pelos homens, quando estão com maior gravidade em suas morbidades, uma vez que não participam de ações de prevenção e promoção de saúde oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde (CASTRO et al., 2013).

Quanto ao diagnóstico principal das internações hospitalares que ocorreram nos serviços de urgência, mostraram-se que

os capítulos (cap) do CID 10 que apresentaram uma maior prevalência, entre os idosos, foram: o cap IX - Doenças do aparelho circulatório (21,23%, n= 2.886); o cap X - Doenças do aparelho respiratório (20,81%, n= 2.830); o cap I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11, 52%, n= 1.567); o cap II - Neoplasias (tumores) (9,18%, n= 1.248); o cap XIV - Doenças do aparelho genitourinário (8,36%, n=1.137); e o cap IV - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,77%, n= 1.057), na tabela 3.

Tabela 3. Capítulos do CID 10 por faixas etárias, entre Junho de 2018 e Junho de 2019.

Capítulo CID-10	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	639	529	399	1567
II. Neoplasias (tumores)	655	420	173	1248
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	48	50	43	141
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	386	390	281	1057
V. Transtornos mentais e comportamentais	73	16	2	91
VI. Doenças do sistema nervoso	77	60	35	172
VII. Doenças do olho e anexos	5	7	4	16
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	-	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1182	1040	664	2886

Capítulo CID-10	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
X. Doenças do aparelho respiratório	941	981	908	2830
XI. Doenças do aparelho digestivo	447	334	211	992
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	118	80	60	258
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	50	28	5	83
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	471	345	321	1137
XV. Gravidez parto e puerpério	1	1	1	3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	-	1	2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	-	-	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	202	167	84	453
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	325	173	85	583
XXI. Contatos com serviços de saúde	37	24	10	71
Total	5662	4645	3287	13594

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Em relação às doenças em que os idosos estavam acometidos no momento de seu atendimento nas urgências, notou-se que a pneumonia (n= 1.982) se sobressaiu, seguido do infarto agudo do miocárdio (n= 655), da desnutrição

(n= 569), do diabetes Mellitus (n= 449), da insuficiência cardíaca (n= 427), do acidente vascular não especificado se hemorrágico ou isquêmico (n= 422) e da insuficiência renal (n= 416).

Resultados divergentes foram encontrados por Filho et al. (2004), que verificaram que o diagnóstico principal das internações hospitalares de idosos (60+ anos) foi a insuficiência cardíaca, seguida de bronquite/enfisema/outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias. Santos (2008) verificou que as seis principais causas de internação em idosos, quando considerado o agrupamento de 60 anos ou mais de idade, foram as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, neoplasias e causas externas.

Corroborando com os nossos achados, Castro et al. (2013) constataram que as enfermidades do sistema circulatório foram as mais comuns entre as pessoas idosas, correspondendo a 29,9% das hospitalizações, na faixa etária de 70 a 79 anos. As afecções do aparelho respiratório apareceram mais comumente entre os idosos mais velhos. As neoplasias e as doenças do aparelho digestivo apareceram com uma taxa maior na faixa etária de 60 a 69 anos, equivalendo a 10,5% e 10,2% respectivamente.

A utilização de banco de dados sobre internações hospitalares, como o SIH-SUS, possibilita a construção de importantes indicadores, que são úteis para a monitoração e avaliação da assistência à saúde, da estrutura dos serviços de saúde e da política médico-assistencial (FILHO et al., 2004).

Em 2001, o SIH-SUS registrou 12.227.465 internações hospitalares no âmbito do SUS e os idosos, responderam por 18,3% dessas hospitalizações (FILHO et al, 2004). Neste estudo, 23,76% (n= 19.313) das internações no município de João Pessoa, no período de junho/2018 a junho/2019, foram de pessoas idosas (60 anos ou mais) e salienta-se que 13.594 destes idosos foram hospitalizados em serviços de urgência.

Esta pesquisa (predecessora deste capítulo) contribuiu para identificar o perfil dos idosos atendidos nos serviços de urgência, no município de João Pessoa, quanto ao aspecto sociodemográfico e ao diagnóstico no momento da admissão no serviço de urgência.

Considerando a prevalência de doenças crônicas, como as do sistema circulatório seguidas das doenças do aparelho respiratório, nos idosos no momento de sua admissão nos serviços de urgências; e os altos índices de hospitalização por causas sensíveis à atenção primária, como a pneumonia, mostram que esses agravos podem ser monitorados e tratados primariamente na Atenção Básica.

Logo, se fazem urgentes as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos a esse público, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos idosos, demandando uma menor procura aos serviços de atenção de urgências hospitalares e, consequentemente, diminuindo os gastos públicos com a hospitalização e aumentando a sobrevida dessas pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. S. A. S. / D. A. P. E. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF. Série Pactos pela Saúde, v. 12, 2010.
- 2 CASTRO, V. C. et al. Perfil de internações hospitalares de idoso no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev Rene**, v.14, n.4, p. 791-800, 2013.
- 3 CUNHA, S.; NASCIMENTO, A. S.; SÁ, S. P. C. **Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital Geral. Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 189-200, 2014.
- 4 DATASUS. SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **DATASUS**. Brasília, DF. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acesso em: 08 jul. 2019.
- 5 FILHO, A. I. L. F. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.13, n.4, p. 229-238, dez. 2004.
- 6 IBGE. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. **Agência de Notícias do IBGE**, 25 jul. 2018. Disponível em: <http://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 30 abr. 2019.
- 7 MARQUES, A. P. et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.5, p.817-826, 2014.

8 RISSARDO, L.K. et al. Idosos atendidos em Unidade de Pronto Atendimento por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Rev Min Enferm**, 2016.

9 SANTOS, J. S.; BARROS, M. D. A. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.17, n.3, set. 2008.

10 SERBIM, A. K.; GONÇALVES, A. V. F.; PASKULIN, M. G. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 34, n.1, mar. 2013.

11 TEIXEIRA, J. J. M.; BASTOS, G. C. F. C.; SOUZA, A. C. L. Perfil de internação de idosos. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 15, n. 1, p. 15-20, jan.-mar., 2017.

CAPÍTULO 14

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS-CIRURGIA CARDÍACA: um estudo bibliométrico

*Ingrid Davis Gadelha Vieira
Marcella Costa Souto Duarte*

O crescente aumento da expectativa de vida da população vem fomentando a ocorrência de uma série exponencial da produção científica no âmbito da atenção à saúde da pessoa idosa (ARMENDARIS; MONTEIRO, 2012). Prospecta-se que o Brasil, até 2025, será o sexto país do mundo com o maior número de idosos, conforme aponta a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005).

Em consonância com o enfoque etário da população, evidencia-se a mudança do perfil epidemiológico das doenças no país, em que as doenças infectocontagiosas do passado dão lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (PEREIRA; ALVES; SOUSA, 2015). Estudos revelam que estas repercutem com significativa interferência na capacidade funcional do idoso e resultados apontam que nesse seguimento populacional há o predomínio das doenças cardiovasculares (DCVs) (RODRIGUES et al., 2008; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

As enfermidades cardiovasculares (DVCs) apresentam-se por ser a principal causa de morte em nível mundial. No Brasil, constituem a primeira causa de morte e estão relacionadas

aos distúrbios do coração e vasos sanguíneos, e envolve a doença coronariana, a doença cerebrovascular, doença cardíaca reumática e outras condições (WHO, 2019). Dentre estas, destaca-se a doença arterial coronariana por ser um relevante problema para a saúde pública e comunidade científica, tendo a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM) como uma alternativa no tratamento dos indivíduos com a possibilidade de atuar na diminuição dos sintomas, na melhora da função do coração, na sobrevida e na diminuição das recidivas de eventos adversos cardíacos (MORAIS et al., 2014).

Levando-se em consideração que a maioria das pessoas submetidas à CRVM está concentrada na população idosa, sobretudo em razão do crescimento da doença arteriosclerótica e ao crescimento da expectativa de vida deste seguimento, salientam-se também suas peculiaridades fisiológicas inerentes, bem como, a possibilidade de limitações orgânicas ou problemas graves, os quais já conferem ao período do pós-operatório um estado de maior atenção (VASCONCELOS; CARMONA; AULER, 2004).

Após uma cirurgia cardíaca de elevada complexidade e de risco elevado, como é a CRVM, complicações pós-operatórias podem estar relacionadas, repercutindo no comprometimento da capacidade funcional dos idosos, sobretudo em virtude da dor, imobilidade no leito, além de que, frequentemente, a “superproteção” da família, subestima a capacidade de execução de determinadas tarefas cotidianas, o que prejudica a realização das atividades diárias de modo independente.

Nesse contexto, pode-se definir a capacidade funcional como a habilidade dos idosos em decidir e levar suas vidas de maneira independente, habitualmente em seu contexto (FIEDLER; PERES, 2008). E a incapacidade funcional diz respeito à dificuldade ou necessidade de auxílio em desempenhar tarefas cotidianas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008), com envolvimento de dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).

Estudos apontam que pacientes submetidos a cirurgia cardíaca apresentam redução na capacidade funcional no pós-operatório imediato. A capacidade funcional, em contrapartida, pode ser recuperada de 1 a 3 meses após o procedimento através de um programa de reabilitação cardíaca (PCR) (ORVIN et al., 2014; GONÇALVES et al., 2006).

Estudo realizado em um contexto ambulatorial de um Hospital Universitário da região sudeste do Estado de São Paulo, com 78 pacientes submetidos à CRVM apontou significativa melhora da capacidade funcional de sujeitos que passaram pelo período de reabilitação cardíaca no pós-operatório; diminuição dos sintomas que o fizeram necessitar da intervenção, além de alterações emocionais, o que repercute consideravelmente em sua qualidade de vida (DAL BONI; MARTINEZ; SILVA, 2013).

Dessa forma, compreender como se dá o processo de recuperação pós-cirurgia cardíaca e o estado funcional dos sujeitos idosos pode contribuir para o seu retorno funcional efetivo, autonomia, reintegração social e consequente qualidade de vida.

Diante das considerações apresentadas, o presente capítulo discorre sobre uma pesquisa que teve como questão norteadora: Qual a caracterização da produção científica acerca da capacidade funcional de idosos pós-cirurgia cardíaca de 2009 a 2019?

Para responder a tal questionamento, o estudo teve por objetivo caracterizar a produção científica acerca da capacidade funcional de idosos pós-cirurgia cardíaca de 2009 a 2019.

Tratou-se de um estudo bibliométrico de natureza quantitativa realizada por meio de um levantamento nas bases de dados de material já construído, formado por artigos científicos publicados. A bibliometria caracteriza-se pelo processo de investigar a produção científica ou técnica através do estudo quantitativo das publicações (SILVA, HAYASHI; HAYASHI, 2011).

Um dos enfoques deste tipo de pesquisa, a contar dos primeiros estudos realizados, baseia-se na análise da produção científica acerca de determinados assunto (ARAÚJO, 2006). Por meio do estudo quantitativo, a bibliometria observa o desenvolvimento da atividade técnica ou científica, com a finalidade de desenvolver indicadores de qualidade, os quais seriam os parâmetros para avaliar qualquer atividade (HAYASHI et al., 2007).

Neste estudo, os trabalhos foram categorizados através da bibliometria que considerou, a saber: ano da publicação; qualis do periódico; base de dados; autor e área de atuação, titulação e instituição de vínculo; local de origem do estudo;

idioma; metodologia empregada; nível de evidência; quantitativo de referências e principais enfoques abordados pelos autores.

A busca foi realizada por meio de fontes científicas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Publicações Médicas (PUBMED), LILACS e com ênfase nos últimos 10 anos, utilizando os descritores, em português: cirurgia torácica; atividades cotidianas; saúde do idoso e no idioma inglês: Thoracic Surgery; Activities of Daily Living; Health of the Elderly. Vale salientar que o levantamento dos artigos nas bases de dados foram fundamentadas a partir da terminologia em saúde por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o qual apresenta uma terminologia sistematizada e trilingue dinâmico com o objetivo de apontar um vocabulário comum para a pesquisa nos três idiomas (português, espanhol e inglês) e facilitar o acesso a informação (PELLIZZON, 2004).

Foi considerado como critério de inclusão as bibliografias com a participação de indivíduos com 60 anos ou mais, publicados nos últimos dez anos, e consequentemente foram excluídas as que não contemplarem a temática definida, os artigos que abordaram o comprometimento da capacidade funcional associado a outro acometimento não relacionado a doenças cardíacas e que estiverem sido publicados há mais de dez anos. Após definição dos critérios de inclusão e exclusão, 8 artigos foram utilizados neste estudo. Sendo excluídos por não se adequarem aos critérios definidos, 278 publicações.

Os dados quantitativos foram tratados estatisticamente por meio do valor percentual. Como método estatístico

utilizou-se a estatística descritiva, a qual se preocupa com a organização e descrição dos dados, seja através de tabelas, esquemas gráficos e de medidas descritivas. Atenta na síntese de uma série de valores e possibilita uma perspectiva global da variedade dos mesmos (RODRIGUES; LIMA; BARBOSA, 2017).

Os elementos dos estudos selecionados foram categorizados em uma tabela a fim de se obter melhor análise das informações. O termo “Artigo” foi utilizado para se identificar os estudos e as categorias foram organizadas de acordo com o ano de publicação, base de dados, área e titulação do autor, procedência geográfica, tipo do estudo, quantitativo de referências e principal enfoque, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Categorias analisadas no estudo, João Pessoa (PB), Brasil, 2019.

Ref.	Base de dados/Ano	Área e titulação	Tipo de Estudo/ Procedência	Principal Enfoque
20	SciELO 2012	Me. Enferm.	Estudo descritivo DF/BR	Capacidade funcional comprometida em mais da metade da população no pré e pós-operatório
30	SciELO 2018	Me. Enferm.	Estudo de Coorte RS/BR	Comprometimento dependente da capacidade funcional de 31 idosos.
63	SciELO 2018	Me. Fisioterapia	Estudo transversal Bogotá/ Colômbia	Idosos com doença cardíaca sem limitação funcional
37	SciELO 2018	Dr. Fisioterapia	Estudo de Coorte BH/BR	Insuf. Cardíaca associada com incapacidade das AVDs.
30	SciELO 2014	Me.Nutrição	Estudo transversal RS/BR	Incapacidade funcional com maior prevalência em idosos ≥ 80 anos. Prevalência de incapacidade funcional de 36,1% para ABVDs; 34% para AIVDs e 18% ambas.
9	PUBMED 2014	Dr.Medicina.	Estudo de Coorte Chicago/ Illinois	Melhorias funcionais em 1 ano associada com o reparo transcater de válvula mitral.
30	SciELO 2017	Fisioterapia	Estudo transversal RS/BR	Perda da capacidade de exercícios após CRVM.
30	PUBMED 2016	Dr. Fisioterapia	Estudo transversal GO/BR	Diminuição da funcionalidade após cirurgia cardíaca

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A amostra do presente estudo foi formada por estudos publicados entre os anos de 2009 e 2019, perfazendo um quantitativo de 8 artigos científicos. O grupo participante da amostra está relacionada ao público idoso.

Relativo ao recorte temporal dos estudos observa-se que os anos de 2014, 2016 e 2018 expuseram um maior número de publicações com dois (2) estudos, sendo que os anos de 2012 e 2017, apresentaram apenas um (1) estudo, respectivamente.

Dos estudos encontrados, 6 (60%) estudos foram selecionados a partir da Scientific Electronic Library Online (SciELO); 2 (20%) na PUBMED. Vale salientar que não foram encontrados artigos na LILACS. A Biblioteca Virtual SciELO produzida pela Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e pela Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) conta também o aporte do CNPq (Conselho Nacional de Pesquisas). Apresenta-se pelo acesso aberto online a textos na íntegra de periódicos científicos contemplando os idiomas português, espanhol e inglês e soma no desenvolvimento da pesquisa científica, bem como na credibilidade, sobretudo na influência nacional e internacional da publicação científica dos países em desenvolvimento, de maneira ordenada e sustentável (ARANHA, 2006).

A base de dados LILACS contempla produções dos países da América Latina e do Caribe com produção científica relacionada às Ciências da Saúde, desde 1982. Apresenta artigos conceituados da área da saúde, bem

como outros documentos, como: teses, livros, capítulos de teses e livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais. Dispõe de publicações nos idiomas português, espanhol e inglês (ARANHA, 2006).

O PubMed prioriza a informação científica em Ciências da Saúde. Caracteriza-se por ser um arquivo digital e livre, indexa todas as revistas contidas no Medline, o qual é uma base de dados que tem o suporte da National Library of Medicine (NLM). Contempla mais de 30 milhões de citações ligadas a literatura biomédica, com citações bibliográficas e resumos publicados em mais de 4000 periódicos biomédicos dos Estados Unidos e outros 70 países. Ademais, acumula mais de 10 milhões de referências bibliográficas desde 1966 (PUCCINI et al., 2015).

No que se refere a área de atuação dos autores dos estudos selecionados, tomam destaque as publicações com autoria que apresenta formação na área da saúde, com prevalência de profissionais de Fisioterapia, representado por 4 (50,0%). Após, aparecem os enfermeiros, com 2 publicações (25%), a Nutrição e a Medicina com 1 estudo, respectivamente.

Tal resultado aponta os esforços dos profissionais, sobretudo do ramo da reabilitação, em busca de conhecimento acerca de assuntos que permeiam o envelhecimento humano através de estudos científicos, a fim de evidenciar o impacto que advém de uma cirurgia cardíaca e a sua repercussão nas habilidades que o sujeito idoso tem de levar a sua vida de maneira independente.

No que tange a titulação dos autores percebemos a distribuição voltada para doutores e mestres. Esse perfil aponta o crescimento de programas de pós-graduação e o seu crescimento, ao passo que se observa o crescimento da produção científica brasileira em virtude de mudanças nos programas que estimulam o desenvolvimento e na classificação dos programas de pós-graduação (BRASIL, 2012).

Já no que se refere a procedência geográfica nacional dos autores, cabe destacar a contribuição dos estudos brasileiros realizados em Minas Gerais, Distrito Federal e Rio Grande do Sul e no campo internacional, na Colômbia e Chicago. A justificativa para tal fato pode se dar em razão da transição demográfica por que passa o Brasil nos últimos anos e ao envelhecimento acelerado nas regiões, trazendo consigo maior vulnerabilidades para as DCNTs e com elas a necessidade de ações que enfoquem a perspectiva de melhora da funcionalidade (PEREIRA; ALVES; SOUSA, 2015). O idioma prevalente nos estudos foi o da língua inglesa com 5 (62,5%) estudos, seguidos de 3 (37,5%) publicações em português.

Constatou-se que as produções científicas do estudo pautaram-se em artigos originais, sendo 1 estudo descritivo com base na epidemiologia; 3 estudos de coorte prospectivo e 4 artigos transversais, sendo eles de caráter multinível, de base populacional, com amostragem de conveniência e prospectivo. Por meio de estudos originais é possível a obtenção de conhecimento novo e estruturado acerca da capacidade em realizar as atividades cotidianas dos idosos após uma cirurgia de grande porte, como é o caso da CRVM.

Relativo ao quantitativo de referências a maioria concentrou-se em 30 ou mais, sendo que um artigo apresentou-se com 20 referências.

Os principais enfoques abordados nos estudos dizem respeito ao comprometimento da capacidade funcional dos idosos e a sua relação com a insuficiência cardíaca, sobretudo no que diz respeito a execução de atividades mais simples, como as ABVDs como também daquelas que demandam certa complexidade, as AIVDs (ANTUNEZ et al., 2018; TORRES et al., 2018).

Pacientes cardíacos podem apresentar alterações no estado funcional e ter severas limitações em razão da redução da massa e força muscular. Uma diminuição na capacidade oxidativa e uma redução importante no fluxo sanguíneo afetam a produção de energia no músculo (COUTINHO et al., 2014).

Somado a este fator, acrescentam-se as perdas advindas da idade avançada e comorbidades associadas (MATOS et al., 2018). Os achados encontrados nesta pesquisa estão alinhados com os resultados que apontam que a capacidade funcional dos pacientes no pós-operatório apresenta-se menor, em comparação com o período pré-operatório (MORAIS et al., 2010; CORREA; CARDOSO, 2017).

Outro estudo analisou o estado funcional pré e pós-operatório de sujeitos que passaram pela cirurgia de revascularização do miocárdio e os resultados apontaram que pacientes mais velhos e que apresentavam doença pulmonar obstrutiva crônica, IAM, acidente vascular cerebral,

diabetes, doença vascular, infecção pós-operatória grave, precisaram ser devolvidos à sala de cirurgia com escores pós-operatórios relativos aos aspectos funcionais mais baixos (KOCH et al., 2004)

Pesquisas demonstram que o tipo de cirurgia, bem como, o risco obtido em sua realização, apresentam relação com o desempenho de exercícios em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca (PARDAENS et al., 2014; LIM et al., 2014). Tal achado pode ser um complemento ao observado neste estudo em que foi evidenciado uma redução da funcionalidade, o que pode ter envolvimento com a piora da capacidade em realizar exercício (CHODOR et al., 2016; GOTZANN et al., 2010).

Os achados deste estudo realizado por meio de uma revisão bibliométrica, apontam que as publicações da capacidade funcional no contexto do envelhecimento apresentam um quantitativo escasso, considerando o período investigado.

No entanto, as considerações acerca do tema e o interesse dos pesquisadores em propagar estudos voltados a pessoa idosa e a capacidade funcional por meio de pesquisas de cunho original em periódicos nacionais e internacionais evidencia a notoriedade e a relevância desta relação.

Assim, por meio deste estudo, foi possível perceber a importância do método de pesquisa bibliométrica, tendo em vista a possibilidade de delimitar as peculiaridades inerentes das publicações que abordam a temática, salientando os dados relativos aos periódicos, autores e os trabalhos investigados voltados aos principais enfoques.

Aponta-se a necessidade de realização de mais estudos com método voltado para a pesquisa bibliométrica, a fim de que se possa ampliar o conhecimento sobre a capacidade funcional dos idosos no que concerne à manutenção e recuperação de seus aspectos funcionais após cirurgia cardíaca e de grande porte.

Dessa forma, ações de saúde condizentes com a real necessidade desses indivíduos são necessárias com vistas na promoção da saúde, tratamento e reabilitação objetivando maior autonomia e independência deste seguimento populacional, sobretudo na realização das atividades cotidianas.

REFERÊNCIAS

- 1 ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.13, n.4, p.1199-1207, 2008.
- 2 ANTUNEZ, S.F. et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.27, n.2, 2018.
- 3 ARANHA, L.R.C. Acesso aberto: visibilidade e impacto. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v.42, n. 2, p.1-4, 2006.
- 4 ARAÚJO, C.A.A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, v.12, n.1, 2006.

- 5 ARMENDARIS, M.K.; MONTEIRO, P. Avaliação multidimensional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. **Acta Paul. Enferm**, v.25, n.1, p.122-128, 2012.
- 6 BALLESTEROS, S.M.; MORENO-MONTOYA, J. Individual- and state-level factors associated with functional limitation prevalence among Colombian elderly: a multilevel analysis. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.8, 2018.
- 7 BRASIL. Ministério da Educação. **Contribuição da pós-graduação brasileira para o desenvolvimento sustentável: Capes na Rio+20**. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes. Brasília: DF, 2012.
- 8 CHODOR, P. et al. Assessment of cardiovascular function following transcatheter aortic valve implantation based on 6-minute walk test. **Cardiol J**. 2016.
- 9 CORREA, B.; CARDOSO, D. M. Capacidade funcional e estado mental de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Fisioter. mov**. v. 30, n. 4, p. 805-811, 2017.
- 10 COUTINHO, M.A. et al. Activity Status Index em Doenças Cardiovasculares: Validação de Tradução em Português. **Arq Bras Cardiol**. v.102, n.4, p. 383-90, 2014.
- 11 DAL BONI, A.L.M.; MARTINEZ, J.E.; SILVA, I.C.R.S. Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. **Acta Paul Enferm**. v.26, n.6, p.575-80, 2013.
- 12 FIEDLER, M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Publ**, v.24, n. 2, p. 4049-415, 2008.

13 GONÇALVES, F.D.P et al. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase de reabilitação através do questionário MOS SF-36. **Rev Bras Fisioter.** v.10, n.1, p.121-126, 2006.

14 GOTZMANN, M. et al. Short-term effects of transcatheter aortic valve implantation on neurohormonal activation, quality of life and 6-minute walk test in severe and symptomatic aortic stenosis. **Heart.**v.96, n.14, p. 1102-6, 2010.

15 HAYASHI, M.C.P.I. et al. Um estudo bibliométrico da produção científica sobre a educação jesuíta no Brasil colonial. **Biblios.** v.27, n.1, p.1-18, 2007.

16 KOCH, G.C. et ai. Qualidade de vida relacionada à saúde após cirurgia de revascularização do miocárdio: uma análise de gênero usando o Duke Activity Status Index. **J Thorac Cardiovasc Surg.** v.128, n.2, p.284-95, 2004.

17 LIM et al. TMVR in Prohibitive-Risk DMR Patients. **JACC.** v.64, n.2, p.182 – 189, 2014.

18 MATOS, F.S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n.10, p. 3393-3401, 2018.

19 MORAIS, C.C.A. et al. Avaliação da Capacidade Funcional e da Limitação Física em Sujeitos Pós-Revascularização Miocárdica. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v.18, n.4, p. 297-302, 2014.

20 MORAIS, D.B. et al. Avaliação do Desempenho Funcional em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. **Rev Bras Cardiol.** v.5, n.23, p. 263-9, 2010.

21 ORVIN, K. et al. Avaliação abrangente da função cognitiva e física prospectiva em pacientes idosos submetidos a implante transcater de válvula aórtica. **Cardiol.** v.127, n.4, p.227-35, 2014.

22 PARDAENS, S. et al. Impact of the preoperative risk and the type of surgery on exercise capacity and training after valvular surgery. **Am J Cardiol.** v.113, n.8, p.1383-9, 2014.

23 PELLIZZON, R.F. Pesquisa na área da saúde: 1. Base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). **Acta Cir. Bras.** v.19, n.2, p.153-163, 2004.

24 PEREIRA, A.R.; ALVES, S.R.A.; SOUSA, V. J. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **FAEMA**, v.6, n. 1, p.99-108, 2015.

25 PUCCINI, L.R.S et al. Comparativo entre as bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico com o foco na temática Educação Médica. **CADERNOS UniFOA.** 2015.

26 RODRIGUES, C.F.S.; LIMA, F.J.C.; BARBOSA, F.B. Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas. **Rev Bras Anesthesiol.** v.67, n.6, p. 619- 625, 2017.

27 RODRIGUES, R. A. et al. Morbidity and interference in seniors' functional ability. **Acta Paul. Enferm**, v.21, n.4, p.643-648, 2008.

28 SILVA, M.R.; HAYASHI, C.R.M.; HAYASHI, M.C.P.I. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. **InCID.** v.2, n.1, p.110-129, 2011.

29 TORRES, J.L. et al. Depressive symptoms, emotional support and activities of daily living disability onset: 15-year follow-up of

the Bambuí (Brazil) Cohort Study of Aging. **Cad. Saúde Pública.** v.34, n.7, 2018.

30 VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol.Serv. Saúde.** v. 21, n.4, 2012.

31 VASCONCELOS, P.O.; CARMONA, M.J.C.; AULER, J.O.C. Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente idoso. **Rev Bras Anestesiologia**, v.54, n.5, p.707-727, 2004.

32 WHO. **Cardiovascular disease.** Disponível em: <https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/>. Acesso em: 18 fev. 2019.

33 WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde,** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p.: il, 2005.

CAPÍTULO 15

A ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Angely Caldas Gomes

Márcia Rique Carício

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido rapidamente nos últimos anos, em decorrência do processo de transição demográfica. Em 1940, a população acima de 60 anos era equivalente a 4,1% dos brasileiros e, em 2011, atingiu 20,5 milhões, representando 10,8% do total populacional. A expectativa para o ano de 2020 é de 30,9 milhões de idosos, o que irá representar 14% da população, fazendo com que o país alcance o sexto lugar no *ranking* mundial dos países com mais idosos (KÜCHEMANN, 2012).

Essa transição demográfica resultou também em mudanças nas características epidemiológicas da população brasileira, na medida em que se tem modificações no padrão de morbidade e mortalidade, com a redução das doenças infectoparasitárias e o aumento das afecções crônico-degenerativas (DCNT's). Em 2020, a previsão é que estas condições sejam as principais causadoras de morte e incapacidade no mundo (COELHO FILHO, 2013; MENDES, 2012). Segundo o estudo de Cocco *et al.*, 2013, uma parte dos idosos brasileiros serão acometidos por pelo

menos uma afecção crônica que vai impactar no seu grau de funcionalidade.

O envelhecimento humano é uma condição progressiva, natural, individual, irreversível, que acontece de forma contínua, sem nenhum mecanismo de doença presente, em que se observa uma diminuição gradativa da funcionalidade e da cognição.

Devido à perda significativa da capacidade física decorrente do processo de senescência e senilidade, o envelhecer desencadeia uma diminuição da capacidade do idoso de se adaptar ao meio ambiente, o que gera mais fragilidade e perda do potencial de função para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's). Esse declínio da funcionalidade e da autonomia da pessoa idosa, conduz naturalmente ao aumento da dependência funcional (BARBOSA *et al.*, 2014; CHAIMOWICZ, 2013; FREITAS *et al.*, 2018; TOLDRÀ *et al.*, 2014).

Assim, esse cenário traz repercussões para o perfil de adoecimento e para o processo de cuidado voltado ao público da Terceira Idade. Se faz necessário organizar estratégias voltadas para atender as demandas desse público, no âmbito psíquico, físico, socioeconômico e cultural, a partir do que é preconizado nas diretrizes da política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (CASTRO *et al.*, 2018).

Dentre a assistência voltada a população idosa na Rede de Atenção à Saúde do SUS, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS),

por ter como foco de atuação as ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. Essas medidas propõem o desafio de reorientar os serviços, superar a fragmentação do cuidado e o foco na doença ainda persistente, sobretudo, quando se trata do cuidado ao público idoso (ROCHA; AKERMAN, 2014).

Nesse contexto, a realização de ações voltadas para a promoção à saúde relacionados a prática da atividade física específica voltada para a população idosa é visto como estratégia importante na busca de um envelhecimento saudável, pois, gera benefícios nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, que contribuem para o alcance de uma qualidade de vida na Terceira Idade (ROCHA et al., 2013; GONZAGA et al., 2011).

Apesar da relevância da temática, poucos são os estudos que apontam as experiências exitosas. Salin et al., 2011, assinalam que são restritos os estudos que avaliam o entendimento dos profissionais da ESF quanto a efetividade da prática de atividades físicas, como ação voltada a promover saúde nos idosos.

Frente à necessidade de expandir o conhecimento sobre a temática, acerca da efetividade das práticas de promoção a saúde para a Terceira Idade, surgiu a seguinte questão: Quais as publicações existentes na literatura nacional sobre as experiências de atividades voltadas a promoção a saúde desenvolvidas pelos profissionais da ESF no que tange a prática da atividade física com idosos? Como essas ações podem impactar/potencializar os aspectos funcionais e a melhora qualidade de vida da pessoa idosa? Nessa

perspectiva, objetivou-se sumarizar a produção científica nacional quanto a assistência voltada a promover a saúde dos idosos, por meio da prática da atividade física, na prática da ESF.

Trata-se de uma revisão integrativa referente a ações de promoção à saúde na assistência a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. Esse tipo de estudo tem como finalidade sistematizar estudos científicos referentes a um determinado tema ou questão específica, a fim de aprofundar o conhecimento a partir da realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para a sua construção, foram seguidas a sequência padrão de etapas que envolvem: identificação do problema, construção da questão norteadora da pesquisa, definição dos critérios de exclusão e inclusão dos estudos com a realização da pesquisa nas bases de dados, estabelecimentos das informações a serem extraídas e avaliação dos estudos selecionados, interpretação dos achados e apresentação final dos dados (SOARES *et al.*, 2014).

Para garantir o rigor metodológico inerente ao tipo de estudo integrativo, foi acessado os seguintes bancos de dados: a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e a plataforma da Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SciELO), com a utilização dos seguintes termos padronizados na base dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Saúde do Idoso”, “Atividade Física”, e “Estratégia Saúde da Família”, sendo a combinação entre eles feita pelo

uso do operador lógico booleano AND. A escolha dessas bases de dados justifica-se pela abrangência científica que têm acerca das pesquisas no campo da promoção da saúde.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: publicações na modalidade de artigo, texto completo disponível para download, cuja temática estivesse relacionada com realização de ações preventivas de saúde com idosos voltadas a prática da atividade física na ESF, publicados entre publicação entre 2010 e 2019, disponibilizados no idioma português. Com relação aos critérios de exclusão foram definidos: estudos no formato de dissertações, teses, trabalhos de conclusão de curso, artigos de reflexão e de revisão de literatura, documentários, ensaios e/ou resenhas; e estudos com títulos repetidos nas diferentes bases de dados, artigos que não contivessem resumos disponíveis, que não se relacionassem com a temática e o objetivo do estudo. A busca nas bases de dados e a seleção de artigos foram realizadas por dois avaliadores independentes, a fim de garantir maior rigor metodológico.

Após a aplicação dos filtros nas bases de dados, a etapa seguinte consistiu em selecionar os trabalhos a partir da leitura de títulos e resumos, dos quais foram excluídos aqueles que explicitamente não se enquadravam ao escopo dessa pesquisa; e posteriormente, a dos artigos completos, para análise se estes contemplavam a questão norteadora do estudo. Para análise e posterior síntese dos artigos que compuseram a amostra final, utilizou-se um instrumento, construído pela própria pesquisadora, preenchido com

as informações de cada artigo. O instrumento permitiu a obtenção de informações sobre: título, autores, ano de publicação, tipo de estudo/abordagem, objetivo e principais resultados.

Foram identificados 389 artigos após busca nas bases de dados, sendo BVS (25 artigos), SciELO (321 artigos), LILACAS (43 artigos), PUBMED (0 artigos), MEDLINE (0 artigos). Após o processo de triagem e exclusão dos estudos em duplicidade, foram selecionados 6 artigos para compor a amostra final dessa revisão. A escolha desses artigos esteve relacionada a abordagem do tema desse trabalho, assim como relato experiências que envolvesse a temática. Os estudos selecionados foram enumerados para melhor sistemática de análise; e as informações foram caracterizadas na Tabela 1. Os estudos foram identificados pelo termo “Artigo” e enumerados para facilitar o processo da sistemática de análise, e organizados de acordo com a autoria, título, periódico, ano de publicação, conforme descrito a seguir:

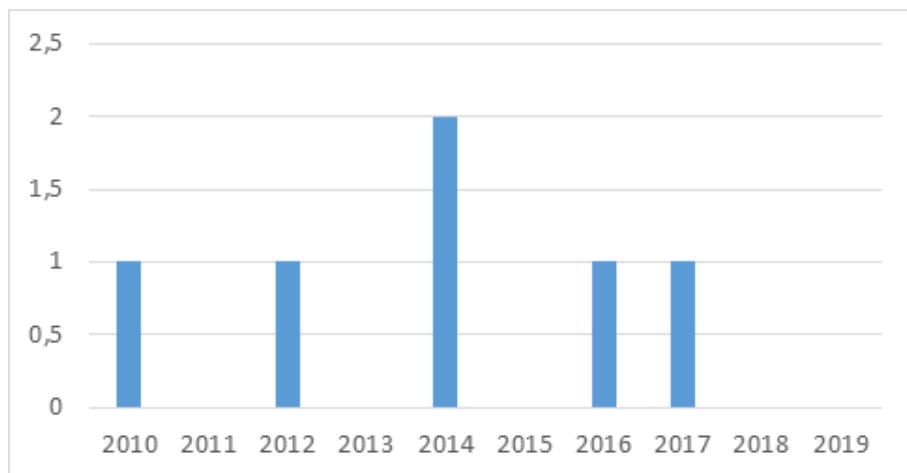
Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados para revisão integrativa, João Pessoa (PB), Brasil, 2019.

Ano	Autor/ Título/ Periódico	Base de Dados
2010	1 - CUNHA, R.C.L. <i>et al.</i> Efeitos de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo programa saúde da família. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.	BSV
2012	2 - BOSCATTO, E.C.; DUARTE; M.F.S.; BARBOSA, A.R. Nível de atividade física e variáveis associadas em idosos longevos de Antônio Carlos, SC. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.	BSV
2014	3 - SOUSA, F.J.D; SILVA, M.P.S.D.C; ANDRADE, F.S.S.D. Atividade física em idosos no contexto amazônico. Revista Cuidarte.	BSV
2014	4 - FONSECA, C.C. <i>et al.</i> Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. Revista da Educação Física/UEM.	LILACS
2016	5 - SÁ, P.H.V.O.; CURY, G.C.; RIBEIRO, L.C.C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. Trabalho, Educação e Saúde.	SciELO
2017	6 - CARVALHO, D.A. <i>et al.</i> Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. Revista Brasileira de Ciência e Movimento.	LILACS

Fonte: BVS, LILACS, SciELO 2010-2019.

Quanto aos periódicos, não houve uma tendência de publicação, mas a Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde liderou as publicações, sendo duas (25%). No que tange a média de publicação no período estabelecido do estudo, evidencia-se que o ano 2014 foi o que apresentou o maior número de publicações, 37,5%, sendo essas informações apresentada na Figura 1.

Figura 1. Distribuição dos estudos conforme o ano de publicações. João Pessoa (PB), Brasil, 2019.



Fonte: Próprio Autor, 2019.

Os estudos selecionados foram caracterizados de acordo com as informações de maior relevância científica pertinente à temática e, enumerados sob a identificação na tabela 2 pelo termo “Artigo”, para melhor sistemática de análise. Conforme apresentado na Tabela 2, os estudos estão

organizados de acordo com tipo de estudo/abordagem, objetivo e principais resultados alcançados.

Tabela 2. Distribuição dos estudos acerca da prática da atividade física realizada como forma de promover a saúde à população idosa na Estratégia Saúde da Família, segundo as características dos artigos. João Pessoa, Brasil, 2019.

Artigo	Tipo de Estudo/ Abordagem	Objetivo	Principais resultados
1	Experimental/Quantitativa	Analisar os resultados de um programa de caminhada levando em consideração o nível de autonomia dos idosos participantes do Programa Saúde da Família no município de Juazeiro do Norte-CE.	O Grupo Experimental (n=40) obteve melhores resultados nos testes realizados no Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (GDLAM) que envolve caminhada, transferências e vestir-se; bem como nos scores gerados no Índice Geral do GDLAM (IG), quando comparado ao Grupo Controle (n=58). A caminhada realizada regularmente melhorou de forma significativa a independência do idoso.
2	Descritivo/ Transversal/ Quantitativa	Correlacionar o nível de atividade física (NAF) com as variáveis de saúde e o estilo de vida dos idosos do município de Antônio Carlos – Santa Catarina.	A amostra compreendeu todos 124 idosos cadastrados no Programa Estratégia Saúde na Família. Dos idosos participantes, 54,8% (n=68) não atendiam as condições para a realização de atividade física, pois, praticavam menos 150 minutos semanais de atividade física moderada e apresentaram déficit cognitivo e a concepção negativa da saúde.

Artigo	Tipo de Estudo/ Abordagem	Objetivo	Principais resultados
3	Descritivo/ Transversal/ Quantitativa	Relatar a vivência de um grupo de idosos com condições crônicas (hipertensos e diabéticos) realizado pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município Benevides – Pará.	Os idosos inseridos no Programa HIPERDIA participam do grupo “Caminhando para uma saúde melhor” que acontecia com a realização de três encontros semanais, com duração de uma hora e meia, sendo direcionada por profissional da Educação Física que conduz a prática da caminhada. Os relatos dos idosos apontam benefícios quanto a melhora da Hipertensão Arterial, diminuição de quadro algico em músculos e MMII, bem como melhora da independência nas atividades do cotidiano.
4	Descritivo/ Transversal/ Comparativo/ Quantitativo.	Apresentar uma investigação realizada com idosos participantes e não participantes de atividades corporais para perceber o grau autoestima e o sentimento de satisfação corporal.	As idosas que participam (n=46) de atividades corporais em uma Universidade Aberta da Terceira Idade apresentaram maior nível de autoestima, quando comparado as idosas não praticantes das atividades corporais (n=106) e que são acompanhadas pelo programa de Estratégia de Saúde da Família.

Artigo	Tipo de Estudo/ Abordagem	Objetivo	Principais resultados
5	Descritivo/ Transversal/ Quantitativa	Apontar e detalhar as ações relacionadas à prática da atividade realizadas com os idosos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde no município de Diamantina – MG, bem como apontar a percepção dos responsáveis que estão à frente dessa prática.	Foi identificada a realização de 11 ações voltadas a prática da atividade física para idosos, sob a responsabilidade de profissionais da ESF, professores e alunos Instituição Pública de Ensino. Dentre as ações identificadas estão: Grupo de caminhada e exercícios (alongamentos), ‘Grupo de coluna’ (alongamentos e exercícios específicos para a coluna vertebral) e ‘Qigong’ (técnicas corporais, marciais e terapêuticas chinesas). Os responsáveis pela realização das atividades apresentaram uma boa percepção quanto os benefícios das atividades físicas para a saúde do idoso.
6	Transversal/ Quantitativo	Fazer uma investigação quanto a prevalência, o aconselhamento e as dificuldades enfrentadas para a prática de exercício físico em idosos no Programa de Saúde da Família do município de Floriano, Piauí.	Dos idosos participantes (n=383), 74,8% não praticam nenhum tipo de exercício físico. No entanto, 90,4% (n = 348) consideram o exercício físico importante, sendo a caminhada o mais praticado entre eles. Dos 25,2% dos idosos que praticam exercício, 48,5% receberam algum tipo de aconselhamento para prática através de médicos. Dentre as dificuldades encontradas, 31,9% dos idosos, a falta de interesse predomina entre os motivos mais relatados.

Fonte: Próprio Autor, 2019.

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal e constitui-se no segmento que mais cresce na sociedade. Representa o maior fenômeno demográfico do

século e apresenta-se como uma realidade mundial, tanto nos países desenvolvidos, como também, de modo crescente nos países em desenvolvimento. O aumento de pessoas idosas relaciona-se as melhores condições de vida, melhora do acesso à informação e da assistência à saúde, bem como dos métodos de diagnóstico e tratamento (BRAGA *et al.*, 2011; CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Caracterizado como um processo complexo, a experiência do envelhecimento é caracterizada por alterações físicas, sociais, culturais, psicológicas e emocionais que exigem maior capacidade adaptativa do idoso para prosseguir com suas ocupações e projetos, que no decorrer do tempo se apresentam com novas facetas e roupagens (SANTANA; BERNARDES; MOLINA, 2016). No que se refere à capacidade funcional, algumas alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento promovem influência, ocasionando: diminuição da atividade muscular, resistência aeróbica e equilíbrio postural (MENDES; SOUZA; BARATA, 2011; GOMES; ALMEIDA; DUARTE, 2011).

Essas mudanças impactam na adaptação do idoso ao meio ambiente e os deixam mais vulneráveis, com maior incidência para acometimentos patológicos e promovem a diminuição progressiva da capacidade funcionalidade, a qual aumenta com o avanço da idade (FERREIRA, *et al.*, 2012). O desempenho funcional relaciona-se com autonomia e independência do indivíduo para a realização de suas Atividades de Vida Diária - AVD's e Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD. O declínio na habilidade para desempenhar

as atividades do cotidiano relaciona-se com a autonomia e o grau de independência e dependência da pessoa idosa, sendo influenciado pelo estilo de vida vivido ao longo dos anos (OLIVEIRA, MENEZES, 2011; CUNHA *et al.*, 2010).

A necessidade de se ter um envelhecimento bem sucedido é cada vez mais evidenciada e para isso necessário o uso de estratégias que preconizam a manutenção da capacidade funcional e que tenham impacto na melhor qualidade de vida (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010). O envelhecimento bem-sucedido pode ser compreendido pela baixa probabilidade em adquirir patologias, manutenção da capacidade física e cognitiva, engajamento na vida, o que inclui aspectos relacionado a atividades que sejam produtivas, a questão espiritual, bem como a capacidade de manter interpessoais e manter as boas condições de vida (BRAGA *et al.*, 2011).

Dessa forma, a prática das atividades físicas é constantemente associada a manutenção da funcionalidade. Envolvendo a redução dos efeitos deletérios ocasionados pelo envelhecimento, contribui também na manutenção do vigor possível e melhora a função em diversas atividades, e assim aumentando os níveis de saúde à medida que envelhecem. Assim, deve-se incentivar as pessoas idosas à prática de atividades físicas que promovam avanço da aptidão física relacionada à saúde, potencializando o bem-estar funcional e melhorando sua qualidade de vida, a fim de promover a satisfação pessoal com a própria vida (MACIEL, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2012).

Dessa forma, espera-se que os idosos mais ativos consigam alcançar uma melhora na qualidade de vida, tornando evidente que a atividade física é uma estratégia que predispõe o envelhecimento mais saudável. Para envelhecimento bem sucedido, os programas voltados para a promoção da saúde dos idosos estão cada vez mais evidenciados (BRAGA *et al.*, 2011). Apesar do impacto que as ações de promoção e manutenção da saúde trazem na melhora da qualidade de vida desse público, preservando a saúde e a autonomia funcional, a maioria dos estudos não são voltados para a população idosa, o que gera uma escassez de dados que tenham evidência científica para embasar as recomendações (LEMOS; SIRENA, 2012).

Contudo, a síntese elaborada a partir dos artigos selecionados para a construção desse estudo, mostra que, a caminhada se destaca dentre as atividades mais evidenciadas nos programas de exercícios físicos para idosos (SOUSA; SILVA; ANDRADE, 2014; BOSCATTO; DUARTE; BARBOSA, 2012; SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016). A regularidade da prática da atividade física traz inúmeros benefícios, dentre eles destaca-se o alcance da qualidade e expectativa de vida do idoso, proporcionado, melhora significativa no nível de autonomia funcional (CUNHA *et al.*, 2010; SOUSA; SILVA; ANDRADE, 2014; FONSECA, *et al.* 2014).

A caminhada é vista como uma das atividades físicas mais seguras, sendo recomendada por ser um movimento natural, de fácil realização e que possibilita ótimos resultados, para a saúde e o condicionamento físico em geral. A sua

prática não necessita de equipamentos especiais e do ponto de cardiovascular e ortopédico, ela apresenta-se como uma boa estratégia para a promoção de saúde e prevenção de doenças (CEZAR *et al.*, 2014). Para os idosos a sua prática é ideal, pois, não apresenta custos para a sua realização, não representa riscos à saúde, é fácil o controle da sua intensidade, e não impõe a revisão e/ou liberação médica para quem é saudável. Mesmo quando realizada de forma coletiva, os limites físicos individuais podem ser respeitados (CUNHA *et al.*, 2010).

As políticas públicas de promoção da saúde têm sido divulgadas enfatizando a prática de caminhadas como medida preventiva e de controle das doenças crônicas, aconselhando a população ao exercício aeróbico regular. Contudo, a realização de programas de atividades específicos para a população idosa representa um desafio, pois, necessita de implementação, com profissionais adequadamente preparados, bem como a sensibilidade da população (CAMPOS *et al.*, 2014; CEZAR *et al.*, 2014).

Nos artigos analisados, conclui-se que existe uma relação positiva entre alta qualidade de vida dos idosos e prática de atividades físicas regulares na ESF como forma de promoção à saúde e adoção de um estilo de vida ativo e com qualidade, durante o processo de envelhecimento. Essa relação parece ser influenciada pela melhora da funcionalidade, com manutenção prolongada da independência da pessoa idosa a realização das atividades de vida diária.

Contudo, os poucos estudos encontrados evidenciam a necessidade de direcionar maiores publicações quanto as experiências da atenção de saúde do idoso na ESF quanto a prática de atividade física, a fim de correlacionar o seu impacto no aumento da funcionalidade e na promoção de maior independência e autonomia, fatores esses fundamentais para a saúde da população idosa.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, B.R.; ALMEIDA J.M.; BARBOSA, M.R; ROSI-BARBOSA, L.A.R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3317-3325, 2014.

BRAGA, M.C.P.; et al. Qualidade de vida medida pelo Whoqol-Bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/ MG. **Revista APS**, v. 14, n. 1, p. 93-100, 2011.

BOSCATTO, E.C.; DUARTE, M.S.F; BARBOSA, A.R. Nível de atividade física e variáveis associadas em idosos longevos de Antônio Carlos, SC. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 17, n.2, p.132-136, 2012.

CASTRO et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 21, n. 2, p. 158-167, 2018.

CAMPOS, A. et al. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 4, p.889- 897, 2014.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

CEZAR, N.O.C. et al. Programas de promoção de atividade física envolvendo caminhada nas universidades públicas brasileiras. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 19, n. 4, p441-444, 2014.

CLOSS, V.E; SCHAWANKE, C. H. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]**, v.15, n. 3, p. 443-458, 2012.

CUNHA, et al. Efeitos de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo programa saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.13, n. 2, p.255-265, 2010.

FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p.513-518, 2012.

FREITAS, F.F.Q.;. Análise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.71, n.2, p.960-6, 2018.

FONSECA, C.C. et al. Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 25, n. 3, p. 429-439, 2014.

GONZAGA, J. M. et al. Efeitos de diferentes tipos de exercícios nos parâmetros do andar de idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 17, n. 3, p. 166-170, 2011.

GOMES, M.A.; ALMEIDA, C.B.; DUARTE, M.F.S. Incentivo à prática de atividade física e saúde na atenção primária: 10 anos de parceria entre a Universidade e Município no Alto

Sertão baiano. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v.16, n.3, p.17-25, 2011.

SÁ, P.H.V.O.; CURY, G.C.; RIBEIRO, L.C.C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trab. Educ.Saúde**, v.14, n.2, p.545-558, 2016.

SOUSA, F.J.D; SILVA, M.P.S.D.C; ANDRADE, F.S.S.D. Atividade física em idosos no contexto amazônico. **Rev Cuid**, v. 5, n.2, p.792-798, 2014.

CAPÍTULO 16

A RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: revisão integrativa

Ericka Ellen Cardoso da Silva Diniz

Renata Coelho Freire Batista Queiroz

Estudos vêm sendo desenvolvidos na prática assistencial relacionados à saúde, espiritualidade e religiosidade, o que tem despertado grande interesse nos pesquisadores, com o intuito de compreender os mecanismos fisiológicos que expliquem a relação da religiosidade e da espiritualidade para à saúde e qualidade de vida do ser idoso.

Com o aumento da expectativa de vida, que está diretamente ligada à prevenção e manutenção da saúde, pudemos observar maior longevidade nos idosos, o que reflete um envelhecimento mais bem sucedido. É nesse contexto que a qualidade de vida entra como um dos principais indicadores de avaliação da condição de vida dos idosos. Este indicador atende diferentes componentes que envolvem condições de vida e satisfação pessoal, segundo o padrão de valores e aspirações de cada pessoa (FORTUNATO; SIMÕES, 2010).

O envelhecer com qualidade se apresenta como fator contribuinte nas atividades intelectuais, onde o indivíduo

pensante passa a entender e aceitar melhor os declínios cognitivos da idade (SILVA, 2011).

Assim, a busca do envolvimento religioso passa a auxiliar nessa construção de sentido de vida, apresentando de forma benéfica o ajustamento pessoal além de social durante a velhice. Sabendo que os aspectos religiosos/espirituais são algo vivido com bastante intensidade pelo idoso, sendo o envelhecimento melhor enfrentado e superado graças à fé e/ou a espiritualidade em suas vidas, que lhes dão forças na superação de cada dia vivido (MELLO, 2013).

Segundo Zenevicz; Moriguchi; Madureira (2013) as práticas espirituais são utilizadas pelas pessoas de forma contínua, gerando ao ser humano um apoio e fé em Deus, desmistificando a morte como algo ruim, levando a compreensão e a esperança da existência de algo benéfico.

A temática em questão vem com o intuito de contribuir para o progresso do conhecimento no campo acadêmico sendo a busca da espiritualidade um recurso frequentemente utilizado pelos idosos. Ademais, a espiritualidade tem sido vista como uma atitude importante na busca de um alicerce, sendo um fator contribuinte para a saúde ou mesmo a melhora dela.

A fim de compreender a relação da religiosidade e espiritualidade com a saúde, procurou-se identificar o que falam as publicações científicas nacionais a respeito do tema na vida do ser idoso.

Justifica-se esta pesquisa por se tratar de um assunto bastante relevante na saúde, partindo do entendimento de que a es-

piritualidade tem se apresentado de forma potencial na promoção da saúde, contribuindo nas terapias, visando o bem-estar do idoso. O envelhecimento além de envolver aspectos biológicos, psicológicos e sociais, apresenta-se de forma individual e única mediante vários determinantes da qualidade desse processo.

O presente texto trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, tendo como estrutura de base teórica livros e artigos publicados através de acervos online como a MEDLINE, LILACS, SCIELO, realizados no período de 2018 a 2019. Foram considerados artigos publicados em língua portuguesa, buscados a partir dos seguintes descritores: Espiritualidade, Religiosidade, Qualidade de vida, Saúde, Idoso.

Dos 25 artigos identificados, a partir de uma leitura criteriosa, foram selecionados 13 que atendiam aos objetivos da temática em questão, tendo como critério publicações datadas entre 2011 e 2019. Do total, doze artigos foram excluídos, por não atenderem ao objetivo proposto ou por não apresentarem resposta a questão da pesquisa.

Para facilitar a compreensão da análise da pesquisa, foi construído pelas autoras um formulário de coleta de dados com informações envolvidas no objetivo do estudo apresentados na tabela contendo: autor, ano de publicação, revista e conclusão da pesquisa. Mediante análise, foi apreciado de forma crítica o material obtido, visando entender qual a questão de pesquisa e a finalidade frente a obtenção de respostas (SOARES, 2014).

O ano de maior concentração dos artigos pesquisados foi 2014, com três publicações, seguido de 2011, 2013, 2015

e 2017 que tiveram duas publicações cada e 2018, 2019 com uma publicação cada. Apesar da vasta pesquisa, verificou-se escassez do assunto. Abaixo os principais dados de publicação dos estudos.

Quadro 1. Síntese dos principais achados

Periódico/ Ano	Principais conclusões
Psicologia, Saúde & Doenças 2018	Encontrou-se correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e qualidade de vida dos idosos. A espiritualidade é uma ferramenta importante para as pessoas idosas enfrentarem as adversidades inerentes ao processo de envelhecimento (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).
Rev Saúde Pública 2015	Segundo Abdala et al (2015) existe a religiosidade organizacional e intrínseca, a qual exerce efeito benéfico na relação entre os fatores: idade, escolaridade e a qualidade de vida, tendo esta um a boa relação com a saúde do idoso.
Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2014	Santos; Abdala (2014) associaram a relação da religiosidade e a qualidade de vida de forma positiva frente à saúde dos idosos.
Revista Kairós Gerontologia 2014	Idosos que vivem em casas de longa permanência apresentam uma carência de afeto principalmente na relação com seus familiares, desta forma, muitos idosos tendem a se apegar fortemente às questões religiosas e espirituais no enfrentamento dos desafios diários, principalmente nesse período de vida em que se encontram mais vulneráveis e desta forma foi observado uma melhor qualidade de vida dessa população, apresentando níveis satisfatórios de saúde (OLIVEIRA ;ALVES, 2014).

RBCEH 2014	Foi observado que a religiosidade e a espiritualidade tem uma grande dimensão para a qualidade de vida dos idosos, refletindo um impacto nos diferentes aspectos de vida, sendo necessário o conhecimento de ações em promoção da saúde para esse segmento (LIMA; VILELLA; BITTAR, 2014).
Ciência & Saúde Coletiva 2015	Foi observado o reconhecimento dos idosos sobre a importância da espiritualidade em suas vidas, levando a relação da velhice com a capacidade de superação, de lidar com as perdas enfrentando as dificuldades desse processo, mediante os sofrimentos (CHAVES; GIL, 2015).
Rev Latinoam. 2011	Conclui-se nessa pesquisa a importância da religiosidade e espiritualidade para os idosos, os quais recorrem a esse recurso a partir do enfrentamento de uma hospitalização (DUARTE; WANDERLEY, 2011).
Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2011	Conclui-se que existe uma relação forte entre o envelhecimento com a espiritualidade em vários aspectos, entendendo a escassez de material de pesquisa sobre o assunto e sua relação com o período senil (LUCCHETT, 2011).
Rev. Esc. Enf. USP 2013	ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA (2013) observaram o quão valiosa é a questão da religiosidade no enfrentamento da vida cotidiana, interferindo de forma positiva para a saúde física e mental, das pessoas idosas.
Rever 2013	Nessa pesquisa os autores observaram que os idosos viram como estratégia de enfrentamento a religião. Ter uma religião e participar de uma entidade religiosa, tende a promover a socialização, estreitando as relações entre indivíduos além de promover atividades que contribuem para a manutenção da qualidade de vida do idoso (ASSIS; GOMES; ZENTARSKI, 2013).
Ciencias Sociales y Religión 2017	Os resultados deste estudo evidenciam a religiosidade como fator de impacto positivo para as pessoas idosas centenárias e a dimensão espiritual pode contribuir para uma longevidade avançada (GRANGEIRO et al; 2017).
Cogitare enferm 2019	Foi sugerido nessa pesquisa que algumas práticas religiosas tem a capacidade de proporcionar aspectos tanto positivos quanto negativos para a saúde mental e física de seus praticantes (THIENGO et al. 2019).

Memorialidades 2017	Conclui-se que a capacidade espiritual de uma pessoa, além de interagir no funcionamento biológico, tem o poder de neutralizar o processo do envelhecimento ou, na sua ausência, de intensificar os desconfortos com mais sofrimentos e doenças. O envelhecimento, quando em harmonia com a espiritualidade, possibilita viver a vida como uma sinfonia, com sensibilidade e melodia, com momentos intensos, emocionantes e transformadores, para a busca constante da arte de viver, para um viver com arte (BALBINOTTI, 2017).
------------------------	--

Foram salientados e categorizados os principais resultados a partir de uma prática fundamentada em conhecimento científico.

CONCEITOS DE ESPIRITUALIDADE/ RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE

A religiosidade é vista como a prática do crente podendo esta ser relacionada com uma entidade religiosa (GOMES; FARINA; FORNO, 2014). E a espiritualidade é tida como parte do comportamento do indivíduo durante todo o ciclo existencial, uma vez que envolve várias outras atividades, como o perceber, o pensar, o conceber, o sentir, a fé e o acreditar (BALBINOTTI, 2017).

Apesar da espiritualidade abranger um conjunto de crenças, ela se diferencia da religião, pois a espiritualidade não significa necessariamente uma crença no Deus cristão, não se restringindo a ela. Já a religião possui uma ética que rege comportamentos, os quais ditam os valores morais (BOFF, 2008).

De acordo com Gutz; Camargo (2013) a religião é concebida como um sistema de crenças, ritos e símbolos que têm como funções ajudar o indivíduo a se aproximar do sagrado e organizar a vida. A religião envolve uma ligação com o sagrado compreendendo o fenômeno religioso (ÁVILA, 2007).

Segundo Aquino (2013) a religiosidade se apresenta em três grupos: “Religiosidade e bem estar” quando se trata da relação do indivíduo com a igreja e sua felicidade, ou da relação entre Deus, a felicidade e a satisfação, que neste caso independiam de frequentar uma igreja. Onde a oração por exemplo era entendida como um apoio social, podendo assim notar que o bem estar advém de indivíduo e de sua relação com o mundo; “A Religiosidade e saúde” e “Religiosidade e saúde mental”, que é vista positivamente, de forma que as pessoas religiosas apresentam melhor saúde mental. Alguns estudos observados pelo autor trazem a questão da depressão, onde foi visto que pessoas que frequentavam alguma entidade religiosa tinha menos depressão que as que não frequentavam. Desta forma se entende que a atividade religiosa tem um efeito protetor quanto a efeitos estressantes do dia-dia, dando ao indivíduo mais equilíbrio e força (AQUINO, 2013).

Murakami; Campos (2012) apontam ainda conceitos de religiosidade, podendo ela ser extrínseca ou intrínseca. Onde a religiosidade extrínseca tem a religião como um meio para atingir outros fins, benefícios exteriores. Já a religiosidade intrínseca tem como associação o sentimento de significado

de vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças.

Desta forma, podemos entender que o comportamento religioso se refere a influência com que a religiosidade atua nas decisões do indivíduo, na frequência com que a pessoa participa de sua religião, dos ritos e das orações coletivas.

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE VERSOS SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

O bem-estar espiritual é algo que visa resguardar a saúde mental do idoso dando a ele um conforto e esperança mediante a sua condição de saúde, para maior sentimento de satisfação geral, o que pode resultar na melhora da saúde levando a uma possível cura (ELIADE, 1992). Porém, é importante salientar que muitos problemas de saúde algumas vezes são os fatores impeditivos para a ida da pessoa idosa aos serviços religiosos.

Alguns estudos falam da relação entre religiosidade, espiritualidade, saúde e qualidade de vida. Sendo que as vivências religiosas e espirituais são evidenciadas por Murakami; Campos (2012) de forma positiva frente ao processo saúde-doença.

Os mesmos autores afirmam que a religião tem influências positivas, pois ensinam e cobram de seus fiéis, comportamentos benéficos a saúde. Desse modo, o indivíduo passa a ter melhores hábitos de vida, junto com a oração e/

ou meditação, que podem oferecer, de certa forma, conforto emocional e redução do estresse.

Sabe-se que todas as religiões apoiam crenças que promovem comportamentos com relação à saúde, à doença e à morte. As pessoas que possuem vínculo com qualquer associação religiosa apresentam taxas mais baixas de doença e de mortalidade, independente da causa da doença (MARTINEZ; CUSTÓDIO, 2014).

Segundo dados do Ministério da saúde, a população idosa é caracterizada pela carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas. A maioria dos idosos são portadores de doenças ou disfunções orgânicas, mas isso não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (SANTOS; GUIMARÃES, 2011).

Tanto a espiritualidade como a religiosidade são estratégias utilizadas no cotidiano de um indivíduo no sentido de buscar apoio nas situações estressantes, relacionadas a diversos fatores inclusive aos problemas de saúde comuns do dia a dia (VITORINO; VIANNA, 2012).

Alguns dos maiores problemas de saúde dos idosos partem das perdas que sofrem ao longo da vida. Essas perdas envolvem a perda da saúde, da capacidade funcional e mental, da beleza, do trabalho, da autonomia, entre outros diversos aspectos, que poderão gerar uma situação de conflito, levando a pensar sobre os eventos da vida, intensificando assim as práticas religiosas espirituais.

Dentre os benefícios mencionados, está o fortalecimento emocional, suporte social, apoio frente a problemas de saúde. Além disso, a religião torna-se um apoio interessante a partir da vida cotidiana interferindo de forma positiva na saúde física e mental (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Sendo assim, a religiosidade e a saúde têm uma relação positiva sobre a longevidade. Porém, na pesquisa de THIENGO et al. (2019) foi observado que a busca religiosa pode ser vista tanto de forma positiva bem como de forma negativa, piorando o quadro clínico e gerando o uso inadequado dos serviços de saúde.

Ainda sobre os aspectos negativos, poderiam ser mencionados o fanatismo e o tradicionalismo opressivo, além da questão econômica e educacional, que pode tornar as pessoas mais vulneráveis ao abuso espiritual (ALVES, 2010). O que seria um aspecto agravante, mas que foi pouco mencionado nas pesquisas encontradas.

Frente aos aspectos relacionados à qualidade de vida, o que envolve o sentido da autonomia no âmbito da saúde, estes abordam a compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, centralizando na capacidade de viver sem doença ou superando as dificuldades (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

Para o idoso, a qualidade de vida pode ser mantida de forma criativa, incluindo o lazer, cuidados com a saúde, vida social familiar, além da garantia de outras necessidades fundamentais, como a segurança física, financeira, emocional

e espiritual. O envelhecer e a sua relação com a qualidade de vida envolve toda a satisfação de vida e expectativas para o futuro. O que envolve a aceitação de mudanças, modificação no estilo de vida, prevenção de doenças, podendo também gerar boas relações sociais, familiares levando ao indivíduo uma boa sensação de bem-estar (SILVA, 2011).

A qualidade de vida do idoso deve ser observada com mais atenção, pois seu estado de saúde pode ser afetado por diversas situações, seja pelo estado de saúde geral, quanto à condição socioeconômica, além dos fatores do meio em que a pessoa vive ou interage (espiritualidade, relações familiares e de amizade) (COSTA; ALBANO, 2016).

Então, para que se tenha uma boa qualidade de vida na velhice é importante considerar fatores como o bem estar físico, psíquico e social, nível de independência, lazer, religiosidade, espiritualidade, entre outros. Além disso, a espiritualidade é um recurso potencial em relação à saúde mental e é um ótimo mecanismo de enfrentamento para experiências estressantes (ELIADE, 1992).

NECESSIDADE DE SUPORTE ESPIRITUAL NO ENVELHECIMENTO

De acordo com Fortunato; Simões (2010) a religiosidade implica numa mobilização de energia positiva, onde as pessoas que têm fé sentem-se mais fortes para enfrentar as dificuldades da vida.

COSTA e TERRA (2013) falam que as práticas religiosas podem guiar o indivíduo de forma direta, gerando a eles um maior significado de vida por meio do sagrado. Tal significado tende a gerar ao idoso a capacidade de entender as situações de vida e lidar melhor com os problemas.

Segundo Moreira-Almeida; Neto; Koenig (2006) a prática religiosa pode estar ligada a consciência do final da vida, e que a busca de uma religião é muito mais realizada por mulheres do que por homens, além disso, é visto que para lidar com o envelhecer as pessoas utilizam vários recursos pessoais, espirituais, ambientais e sociais.

Nas situações de problemas de saúde, idosos tendem a expressar suas necessidades espirituais como forma de apoio. Sendo assim, ter uma religião poderá dar ao idoso uma coesão social, promovendo o sentimento de pertencer a um grupo dando continuidade ao relacionamento com amigos e familiares e grupos de apoio. Frequentar algum serviço religioso poderá trazer ao idoso um apoio psicossocial e assim promover a saúde (VIEIRA, 2009).

A relação da sociedade com a espiritualidade na percepção do idoso parte da visão de uma proteção divina diante das situações cotidianas, dando sentido à vida e gerando uma grande importância de base emocional e motivacional na busca de um significado para a vida. A religiosidade e a espiritualidade atuam como recursos de enfrentamento para situações adversas (BOFF, 2008).

GUTZ (2013) fala que existe uma relação positiva entre a espiritualidade/religiosidade e a melhora dos principais

indicadores de saúde; suas evidências têm demonstrado que as crenças, práticas e hábitos religiosos e espirituais estão associados a melhores índices de saúde física e mental, bem como um maior suporte social e a uma vida com mais longevidade e qualidade de vida.

Foi verificada a grande relevância da religiosidade/espiritualidade nas dimensões humanas biopsíquica, espiritual e social. A relação da espiritualidade/religiosidade é capaz de proporcionar aspectos positivos, mas também negativos na saúde do idoso dependendo das circunstâncias.

As práticas religiosas que estimulam a espiritualidade são indispensáveis na vida do idoso por lhes proporcionarem uma qualidade de vida dentro de um apoio social, bem-estar físico e mental, e reencontro consigo mesmo (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Na presente pesquisa, as autoras ressaltam que a religião é vista como apoio frente às questões da vida, visando promover relacionamentos sociais e atividades que contribuam para a qualidade de vida do idoso, gerando um impacto positivo, contribuindo assim para uma longevidade avançada. O envelhecimento, quando em harmonia com a espiritualidade, possibilita ao idoso uma vida plena.

A prática da religiosidade sugere associação à melhora na qualidade de vida, uma vez que a adesão a uma comunidade religiosa, irá gerar de certa forma um suporte social a esse idoso. Vários estudos sobre envelhecimento, saúde e qualidade de vida avaliaram esse efeito protetor nas crenças e práticas religiosas/espirituais (ABDALA et al, 2015).

É importante que haja uma atenção maior frente à espiritualidade dos idosos, visto que a relação dela com a saúde, qualidade de vida e a religiosidade poderá ser usada como incremento na assistência, melhorando assim a saúde do idoso.

Cabe destacar que ao realizar-se o estudo, foram observadas limitações relacionadas ao baixo número de publicações sobre a temática abordada. Destaca-se a necessidade de mais pesquisas na área, afim de se esclarecer mais apropriadamente a relação da saúde com a religiosidade e espiritualidade na vida da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ABDALA G.A. et al. **Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso**. Rev. Saúde Públ. [Internet] 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005416.pdf> acesso em 10 Dez 2019.

ALVES, R.R.N. et al. **The influence of religiosity on health**. Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(4):2105-11

AQUINO TAA et al. **Escala de atitude religiosa, versão expandida (EAR-20): evidências de validade**. Avaliação Psicológica. 2013.

ASSIS, C.L; GOMES, J.M; ZENTARSKI, L.O.F. **Religiosidade e qualidade de vida na terceira idade: uma revisão bibliográfica a partir da produção científica**. Rever [Internet.]

2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/rever/article/view/18402/13650>> acesso em 10 nov 2019.

ÁVILA, A. **Para conhecer a Psicologia da religião**. Edição Loyola, São Paulo, 2007.

BALBINOTTI, H.B.F. **A importância da espiritualidade no envelhecimento**. n. 27 e n. 28, Memorialidades [Internet] 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/samsung/Downloads/1741-Texto%20do%20artigo-7320-2-10-20171215.pdf>> acesso em 10 nov 2019.

BOFF, L. **Sustentabilidade da vida e espiritualidade. Sociedade de teologia e ciências da religião - soter**. São Paulo: Paulinas, 2008.

CALDEIRA, S; CARVALHO, E.C; VIEIRA, M. **Entre o bem estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro**. Ribeirão Preto, SP: Rev Latino-Am. Enfermagem. 2014.

CHAVES, L.J; GIL, C.A. **Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, [Internet] 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3641.pdf> acesso em 14 Jul 2019.

COSTA, C.L; ALBANO, J.P. **A Contribuição da Fisioterapia no Trabalho Interdisciplinar no Processo de Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados**. Faculdade Redentor. Pós Graduação em Neurogerontologia, 2016.

COSTA, F.B; TERRA, N.L. **Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos.** Revista Geriatria & Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2013.

DIAS, E.N; PAIS-RIBEIRO, J.L. **Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional.** Psic., Saúde & Doenças vol.19 no.3 Lisboa [Internet] 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000300010> acesso em 10 nov 2019.

DUARTE, F.M; WANDERLEY, K.S. **Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica.** Psic.: Teor. e Pesq. [Internet] 2011. [acesso em 10 nov 2019]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a07v27n1.pdf>

ELIADE, M. **O sagrado e o Profano.** [Tradução: Rogério Fernandes], 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FORTUNATO, P.J; SIMÕES, F. **Envelhecer bem: Um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade.** Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2010.

GOMES, N.S; FARINA, M. D.A.L. FORNO, C. **Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos.** Revista de Psicologia da IMED, 6(2): 107-112 [Internet] 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/samsung/Downloads/Dialnet-SpiritualityReligionAndReligion-5155073%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/samsung/Downloads/Dialnet-SpiritualityReligionAndReligion-5155073%20(3).pdf)> acesso em 10 Ago 2019.

GRANGEIRO, A.F.B et al. **Impacto da religiosidade e espiritualidade em pessoas idosas centenárias: revisão sistemática.** Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião, Porto Alegre, ano 19, n. 27, p. 173-182

[Internet.] 2017 Disponível em: <<file:///C:/Users/samsung/Downloads/75954-329202-1-PB.pdf>> acesso em 10 Dez 2018.

GUTZ, L; CAMARGO, B.V. **Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013.

GUTZ L. **Envelhecimento e Espiritualidade: um estudo sobre representações sociais.** UFSC. Florianópolis, 2013.

LIMA, L.C.V; VILELLA, W.V; BITTAR, C.M.L. **Percepção sobre qualidade de vida entre idosos residentes em municípios de pequeno porte e sua relação com religiosidade/ espiritualidade.** [Internet] 2014. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4221/pdf>> acesso em 12 nov 2019.

LUCCHETT G. et al. **O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO [Internet] 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a16v14n1.pdf>> acesso em 15 nov 2019.

MARTINEZ, B.B; CUSTÓDIO, R.P. **Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study.** Pouso Alegre, MG: São Paulo Med J; 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A; NETO, F.L; KOENIG, H.G. **Religiousness and mental health: a review.** Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(3):242-50.

MURAKAMI, R; CAMPOS, C. J. G. **Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2012.

OLIVEIRA, R.M; ALVES, V.P. **A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA)** [Internet] 2014. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/23208/16770> acesso em 14 Jul 2019];

SANTOS, N.C; ABDALA, G.A. **Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil.** Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet] 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166>> acesso em 10 nov 2019.

SANTOS, N.A; GUIMARÃES, D.D. **Espiritualidade, saúde e o cuidado de enfermagem.** Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2011.

SILVA, L.M. **Envelhecimento e qualidade de vida para Idosos: um estudo de representações sociais.** UFPB/CCS/PPGE. 2011.

SOARES C.B. et al. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>> . acesso em 20 Out 2019.

THIENGO, P.C.S. et al. **Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa.** Cogitare enferm. [Internet] 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>> acesso em 8 nov 2019.

VIEIRA, M.G.O. **Velhice e espiritualidade: reflexões sobre as transformações do envelhecer.** Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2009.

VITORINO, L.M; VIANNA, L.A.C. **Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados.** Acta Paul Enferm.25(Número Especial 1):136-42. 2012.

ZENEVICZ, L; MORIGUCHI, Y; MADUREIRA, V.S.F. **A religiosidade no processo de viver Envelhecendo.** Rev. esc. enferm. USP. [Internet.] 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/23.pdf>> acesso em 30 nov 2019.

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

Adriana Cláudia da Silva Rocha

Graduanda em Turismo na Universidade Federal da Paraíba, Graduada em Bacharelado em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa (2007). Atualmente é fisioterapeuta da Fundação de Seguridade Social. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Fisioterapia em Cardiorrespiratória (UNIPÊ), Auditoria em Saúde (FIP), Cuidados Paliativos (UNYLEYA) e Ensino em LIBRAS (MAURÍCIO DE NASSAU); em fase de conclusão: Especialização em Fisioterapia em Terapia Intensiva e Política e Tratamento de Arquivo (EAD UNYLEYA).

Ana Mabel Sulpino Felisberto

Enfermeira. Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba /UFPB; vinculada ao Grupo Internacional de estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais- GIEPERS. Técnica de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

E-mail: anamabel40@gmail.com.

Andrea Mendes Araújo

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2003), Especialização em Serviços de Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Aplicadas (2004), Especialização em Saúde Mental pela Universidade Federal

da Paraíba (2006) e Doutorado em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2014). Atualmente professora do Ensino Básico Técnico em Tecnológico da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Vice coordenadora do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB.

Bernadete Di Lourdes de Sousa Dantas

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde Pública (CBTEX/FACISA). Especialista em Gestão Prisional (FACOTTUR). Especialista em Políticas de Proteção Social (CINTEP). Atualmente Servidora Pública do Governo do Estado da Paraíba. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB.

Betânia Maria Pereira dos Santos

Possui graduação e licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB (1988), especialização em Cuidados Intensivos pela UFPB (1991), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2001) e doutorado em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia-UFBA (2013). Atualmente é docente e coordenadora do curso Téc. Em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde/UFPB.

Cacilda Chaves Moraes de Lima

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (1987) ;Especialização em Prótese Dentária-UFC (1997); Especialização em Periodontia pela Escola de

Aperfeiçoamento Profissional – ABO-PB (1999); Especialização em Saúde Pública pela Fundação Nacional Osvaldo Cruz (1995) Mestrado em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela Universidade Federal da Paraíba (2001). Doutora em Gerontologia Biomédica-PUC/RS-DINTER (2014); Professora Coordenadora da Disciplina de Prótese Bucomaxilofacial do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba; Professora das disciplinas de Oclusão, Prótese Fixa Laboratorial e Noções de Prótese Sobre Implante – ETS/UFPB.

Carmem Gabriela Gomes de Figueiredo

Mestre em Biologia Celular e Molecular pela Universidade de Pernambuco (2013). Especialista em Biologia Molecular pela Universidade de Pernambuco (2009). Graduação em Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (2006). Professora Substituta do Curso Técnico em Análises Clínicas e Técnica do Curso Técnico em Análises Clínicas da Escola Técnica de Saúde da UFPB.

Cleane Rosa Ribeiro da Silva

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFPB). Mestre em Enfermagem (PPGENF/UFPB). Graduada e Licenciada em Enfermagem pela UFPB. Especialista Residente em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (Ministério da Saúde/FCM-PB). Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB.

Danielly Cristiny de Veras

Enfermeira. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Mestrado em Saúde da Família (RENASF), Nucleadora UFPB. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família enquanto estatutária da Prefeitura Municipal de Alagoa Grande/PB. Atualmente, residente de Saúde da Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de João Pessoa/PB.

Ellen Martins Norat Ribeiro

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. E-mail: ellen-norat@uol.com.br

Emanuelle Cassiano Agripino Santos Queiroga de Lucena

Graduada em Fisioterapia (2009) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (2017) pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB); Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde (2015) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Especialização em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado (2015) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB.

Ericka Ellen Cardoso da Silva Diniz

Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (FASER) e Fisioterapeuta pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). É especialista em Saúde Pública pela FASER; Enfermagem Cardiovascular pela (IBPeX Curitiba) e egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Mestre em Ciências das Religiões (PPGCR/UFPB). Atua como docente do curso de cuidador de idosos no curso de formação inicial continuada do programa PARAÍBATEC do SEECT/PB. E-mail: erickad23@gmail.com

Fernanda Maria Chianca da Silva

Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS. Mestra em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Especialista em Enfermagem Cirúrgica, pela Universidade Federal da Paraíba. Docente Titular EBTT da Escola Técnica de Saúde/CCS/UFPB. Membro do grupo de pesquisas GPDOC.

E-mail: fmcnsenfermagem@gmail.com

Franklin Delano Soares Forte

Cirurgião dentista. Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, Universidade Estadual Paulista. Mestrado em Odontopediatria, Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Departamento de Odontologia Social – CCS/UFPB.

Gabrieli Duarte Farias

Graduanda em Odontologia, pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Possui Técnico em Prótese Dentária. Aluna de Iniciação à Pesquisa Científica, com experiência na área de Prótese Bucomaxilofacial. Monitora da disciplina de Anatomia e Escultura dentária.

Geraldo Sávio Almeida Holanda

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB (1992) – João Pessoa/Pb. Doutor em Ciência e Engenharia de Materiais pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – 2011-2016) – Campina Grande/PB. Mestre em Odontologia/Clínicas Odontológicas pela Universidade Potiguar – UNP (2008-2010) – Natal/RN. Especialista em Prótese Dentária-FUNBEO/USP-Baurú/SP (1996). Especialista em Periodontia pela Academia Norte Riograndense de Odontologia – UFRN – Natal/RN (1997). Especialista em Implantodontia pelo SINDODONTO/PB-CFO-João Pessoa/PB (2007). Técnico em Prótese Dentária (TPD), pela Escola Técnica Arte do Dente – Rio de Janeiro (2009). Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba-CCS/UFPB.

Gildeci Alves de Lira

Graduação em Ciências pela Fundação Universidade de Pernambuco, especialização em Produtos Naturais pela Universidade Federal de Roraima, mestrado em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal

da Paraíba e doutorado em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Docente da Escola Técnica de Saúde da UFPB.

Haydeê Cassé da Silva

Fisioterapeuta. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB; Mestre em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPB; Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Coordenadora do Clube da Pessoa Idosa da PMJP. E-mail: haydeecasse@hotmail.com

Íria Raquel Borges Wiese

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Social pela UFPB; Docente da Escola Técnica de Saúde da UFPB; membro do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS)/Pós-Graduação em Psicologia Social/UFPB. E-mail: irbwiese@yahoo.com.br

Jaqueline Gomes Cavalcanti

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (PPGPS-UFPB). Mestre em Psicologia Social pela mesma universidade PPGPS-UFPB) e graduada em Psicologia (UFPB). Atua como docente do curso de Psicologia do UNIIESP, ministrando disciplinas como Psicologia da Educação e Aprendizagem, Psicologia Educacional, e Técnicas Psicoterápicas. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB.

Josevânia da Silva

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Docente Adjunta do Departamento de Psicologia e professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (Mestrado) da Universidade Estadual da Paraíba.

Contato: josevaniasco@gmail.com

Kelen Jussara Tavares Caminha

Bacharel em Enfermagem pelo Instituto de Educação Superior da Paraíba (2010), pós-graduação em Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM, mestre pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI. Atualmente é enfermeira no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) – PB.

Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite

Professora do Curso Técnico em Prótese Dentária, da Escola Técnica de Saúde da UFPB, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Possui Doutorado em Estomatologia (2010) e Mestrado em Diagnóstico Bucal (2007), pela UFPB; Especialização em Prótese Dentária, pelo COESP (2005) e Graduação em Odontologia pela UFPB (2003).

Larissa Chaves Moraes de Lima

Doutoranda em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba com área de concentração em Clínica

Odontológica – Linha de Pesquisa: Diagnóstico, Distribuição e Fatores Associados aos Agravos da Saúde Bucal. Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba com área de concentração em Clínica Odontológica (2018). Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (2015). Possui aperfeiçoamento na área de Cirurgia Oral Menor (2016), Especialização em Endodontia pelo IOA/IOP(2018-2020).

Liélia Barbosa Oliveira

Graduada em História e Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba; Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Mestrado pela Universidade Federal da Campina Grande. Atua como docente na UNIFIP e no IFPB.

Luana Jesus de Almeida da Costa Arnaud

Fisioterapeuta (2013), mestra em Modelos de Decisão e Saúde (2017), especialista em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado (2015). Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Especialista em Redes de Atenção à Saúde (2017) pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Lúcio Roberto Cançado Castellano.

Graduado em Biomedicina (2003) com Mestrado (2005) e Doutorado (2011) em Medicina Tropical e Infectologia, todos pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM),

Uberaba-MG. Possui treinamento científico e aperfeiçoamento em Medicina Tropical pela Universidad Central de Venezuela, Caracas (2004) e em Imunologia Avançada pelo Institut Pasteur, Paris (2007). Professor Efetivo da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em João Pessoa-PB, onde coordena o Laboratório de Cultivo e Análise Celular-LACEC e lidera o Grupo de Estudos e Pesquisas em Imunologia Humana-GEPIH. Coordenador local para UFPB do INCT Tera Nano. Atuou como Coordenador do Curso Técnico em Análises Clínicas da ETS/UFPB (2016-2017).

Márcia Rique Carício

Professora da Universidade Federal da Paraíba, do Magistério do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico da Escola Técnica de Saúde, Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (2016), Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva pela UFPB (2010), Sanitarista, Especialista em Gestão de Serviços de Saúde, Enfermagem Obstetrícia, Saúde da Família e Saúde Coletiva. Pesquisadora em Educação Emocional. Possui graduação em Enfermagem e Licenciatura pela Universidade Federal da Paraíba (1989).

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

Possui Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1998). É especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica pelo Programa de Residência em Enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (2004). Especialista em Saúde

Coletiva pela Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (2005). Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (2007). Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2014). Atualmente Professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB. Membro do grupo de pesquisas GPDOC.

Maria Alessandra Soares Lira

Graduada em Serviço Social pela UFPB. Especialista em Educação em Direitos Humanos pela UFPB 2014. Residente Multiprofissional com Ênfase na Saúde do Idoso 2016. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB.

Maria de Oliveira Cavalcanti

Odontóloga pela Universidade Estadual da Paraíba. Doutora em Gerontologia Biomédica / PUC-RS. Mestre em diagnóstico oral / UFPB. Especialista em Prótese Dentária / associação brasileira de odontologia (ABO). Especialista em implantodontia (Centro odontológico de estudos e pesquisas -COESP). Especialista em Disfunção temporomandibular e dor orofacial (Conselho Federal de Odontologia). Aperfeiçoamento em prótese dentária (COESP). Aperfeiçoamento em periodontia (COESP). Aperfeiçoamento em implantodontia e prótese sobre implante (COESP). Professora do curso Técnico em Prótese Dentária da ETS UFPB.

Maria Soraya Pereira Franco Adriano

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (2001), Especializações (interdisciplinar), mestrado em Odontologia pela UEPB (2012) e doutorado em Biotecnologia em Saúde pela (UFPB). Professora Efetiva da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em João Pessoa-PB, onde lidera o Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinar em Educação e Saúde – GIPES. Coordenadora Nacional do Fórum Nacional de Gestores de Ensino das Escolas Vinculadas as Universidades Federais do CONDETUF.

Olívia Galvão Lucena Ferreira

Fisioterapeuta. Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB; Mestre e Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB; Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

E-mail: oliviaglf@hotmail.com

Priscila de Almeida da Costa

Assistente Social (2009), Mestra em Serviço Social (2017) e Egressa do IV Curso de Especialização em Gerontologia da UFPB (2019). Especialista em Gestão Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (2015). Atualmente é Assistente Social efetiva da Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes (PE), exercendo suas atividades no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. E-mail para contato: priscilacosta17@hotmail.com

Rafael de Souza Andrade

Médico. Especialista pela Academia Brasileira de Neurologia. Médico neurologista assistente do Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSERH/UFPB.

E-mail: rafaelandrademd@gmail.com

Renata Coelho Freire Batista Queiroz

Odontóloga. Bióloga. Graduanda em Medicina Veterinária. Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá (PR). Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Vice-presidente da Comissão de Bem Estar Animal da UFPB. Docente da Escola Técnica de Saúde da UFPB. Coordenadora do Curso Técnico Cuidados em Idosos da ETS.

Victória Rayane Silva Freitas

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (2016) e mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (2019). Atualmente é psicóloga na área da assistência social através da atuação no Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), pactuado à Secretaria Municipal de Assistência Social.

