

VOLUME 27



Revista Brasileira de Geriatría e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 27, 2024

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editor Associado / Associate Editor

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

Alexandre Kalache – Centro Internacional de Longevidade Brasil / International Longevity Centre Brazil (ILC BR). Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Anabela Mota Pinto – Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal

Anita Liberalesso Néri – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Annette G. A. Leibing – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Antón Alvarez – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha

Candela Bonill de las Nieves – Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga - Espanha

Carina Berterö – Linköping University. Linköping – Suécia

Catalina Rodriguez Ponce – Universidad de Málaga. Málaga – Espanha

Eliane de Abreu Soares – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Emílio H. Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Emílio Jeckel Neto – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Evandro S. F. Coutinho – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Guita Grin Debert – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Ivana Beatrice Mânica da Cruz – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS – Brasil

Jose F. Parodi – Universidad de San Martín de Porres de Peru. Lima – Peru

Lúcia Helena de Freitas Pinho França – Universidade Salgado de Oliveira. Niterói-RJ - Brasil

Lúcia Hisako Takase Gonçalves – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC – Brasil

Luiz Roberto Ramos – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP – Brasil

Maria da Graça de Melo e Silva – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa – Portugal

Martha Pelaez – Florida International University. Miami-FL – EUA

Mônica de Assis – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Raquel Abrantes Pêgo – Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F.

Ricardo Oliveira Guerra – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN – Brasil

Normalização / Normalization

Maria Luisa Lamy Mesiano Savastano

Gisele de Fátima Nunes da Silva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título *Textos sobre Envelhecimento*, fundado em 1998. Tem por objetivo publicar e disseminar a produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações breves. Outras categorias podem ser avaliadas, se consideradas relevantes.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication Texts on Ageing, created in 1998. It aims to publish and spread the scientific production in Geriatrics and Gerontology and to contribute to the deepening of issues related to the human aging. Manuscripts categories: Original articles, Reviews, Case reports, Updates and Short reports. Other categories can be evaluated if considered relevant.

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.br

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the “Instructions for Authors”, published in www.rbgg.com.br

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia por meio do e-mail revistabgg@gmail.com

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email revistabgg@gmail.com

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

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

20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Telefones: (21) 2334-0168 / 2334-0131 r. 229

E-mail: revistabgg@gmail.com - crderbgg@uerj.br

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: www.rbgg.com.br

Indexação / Indexes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LATINDEX – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ – Directory of Open Access Journals

REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

ARTIGOS ORIGINAIS

ANÁLISE DO CONHECIMENTO, DAS ATITUDES E DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE AS VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA: UM ESTUDO CAP

Analysis of knowledge, attitudes, and practices of physicians and nurses regarding the experiences of family caregivers of older adults with dementia: a KAP study

Monique Maira Maciel, Annelita Almeida Oliveira Reiners, Carla Rafaela Teixeira Cunha, Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, Joana Darc Chaves Cardoso, Amanda Cristina de Souza Andrade

PROGRAMA DE EXERCÍCIOS MULTICOMPONENTES DOMICILIAR (VIVIFRIL[®]) PARA LONGEVOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Acceptability of a home-based multicomponent exercise program (Vivifrail[®]) for the oldest-old via videoconferencing during the Covid-19 pandemic

Ana Paula Tiecker, Eduardo Lusa Cadore, Mikel Izquierdo, Gabriela Guimarães Oliveira Zmuda, Francielle Bonett Aguirre, Ângelo José Gonçalves Bós

COMPORTAMENTO PREVENTIVO CONTRA COVID-19 E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS

Preventive behavior against covid-19 and its relationship with the social and health conditions of older adults

Isabella Risi Dias, Vitória Rocha Janbaque, Vanessa Aparecida Vilas-Boas, Suzimar de Fatima Benato Fusco, Daniella Pires Nunes

USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS EM ÁREAS RURAIS E URBANAS DO BRASIL

Health services utilization by older adults in rural and urban areas of Brazil

Gleica Soyam Barbosa Alves, Rosana Cristina Pereira Parente, Fernando José Herkrath

AUTOESTIMA E ESTÉTICA NA PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS DE CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Self-esteem and aesthetics in the perception of older adults from Social Assistance Reference Centers

Olivia Figueira, Carla Corradi Perini, Anor Sganzerla, Paulo Sergio Marcellini

EQUILÍBRIO POSTURAL E FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Postural balance and associated factors with the fall risk assessed in older adults with type 2 diabetes mellitus

Adriana Guedes Carlos, Vanessa da Nóbrega Dias, Monica Rodrigues Perracini, Flávia Doná, André Gustavo Pires Sousa, Juliana Maria Gazzola

O ISOLAMENTO SOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 E A SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Social isolation amid the COVID-19 pandemic and mental health: perspectives of institutionalized older adults

Iasmin Narciso, Flávia de Oliveira, Silmara Nunes Andrade, Kellen Rosa Coelho

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS

Development and content validation for a self-assessment instrument of care quality in long-term care facilities for older adults

Bruno Luís de Carvalho Vieira, Arianne Correa Martins, Raquel Conceição Ferreira, Andréa Maria Duarte Vargas

O CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO: DIFICULDADES E EMOÇÕES NA PERSPECTIVA DE QUEM CUIDA

The care of older adults in the process of frailty: challenges and emotions from the caregiver's perspective

Gislaine Alves de Souza, Karla Cristina Giacomini, Josélia Oliveira Araújo Firmo

INTERGERACIONALIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES E DESAFIOS NA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

Intergenerationality and Health Promotion: Reflections and Challenges in the Care of Older Adults

Ana Paula Ribeiro de Castro, Antonio Germane Alves Pinto, José Maria Ximenes Guimarães, Geanne Maria Costa Torres, Ana Patrícia Pereira Moraes

RPG IMERSIVA SAÚDE DO IDOSO: UMA NOVA POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DE APRENDIZAGEM EM SAÚDE?

Immersive RPG Elderly Health: A New Possibility for Constructing Health Learning?

Aline Rodrigues Reser, Paula Suseli Silva de Bearzi, Julio Cesar de Matos, Renato José De Marchi, Aline Blaya Martins

ANÁLISE DA TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 2000 A 2022

Analysis of the trend of mortality from external causes in older adults in Brazil, 2000 to 2022

Danilo Erivelton Medeiros Dias, Alycia Ágata da Silva Costa, Kaio Dênnys de Lucena Martins, Arthur Alexandrino, Mathews Figueiredo Nogueira, Cristiane da Silva Ramos Marinbo

POLIFARMÁCIA, MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS E A VULNERABILIDADE DE PESSOAS IDOSAS

Polypharmacy, potentially inappropriate medications, and the vulnerability of older adults

Raquel Coelho de Andrade, Maíra Mendes dos Santos, Euler Esteves Ribeiro, James Dean Oliveira dos Santos Júnior, Hércules Lázaro Moraes Campos, Elisa Brosina de Leon

MODELO ASSISTENCIAL CONTEMPORÂNEO PARA OS IDOSOS: A PREMÊNIA NECESSÁRIA

Contemporary care model for the aged: an imminent need

Renato Peixoto Veras

BAIXA INGESTÃO DE PROTEÍNAS ESTÁ ASSOCIADA À MORTALIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS

Low protein intake is associated with mortality in Brazilian older adults

Ângela Maria Natal de Souza, Dalila Pinto de Souza Fernandes, Isab Rabiú, Jérsica Martins Bittencourt, Juliana Farias de Novaes, Andréia Queiroz Ribeiro

DESEJOS E VONTADES DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS SOBRE A TERMINALIDADE DE VIDA

Desire and will of institutionalized older adults regarding end-of-life terminality

Fabiane Marzari Possatti, Silvana Bastos Cogo, Nara Marilene Oliveira Girardon Perline, Larissa Venturini, Marinês Tambara Leite, Cenir Gonçalves Tier

ANÁLISE COMPARATIVA DA PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS E ADULTOS HOSPITALIZADOS SOBRE A QUALIDADE DA DIETA HOSPITALAR

Comparative analysis of older adults and hospitalized adults' perception of hospital diet quality

Letícia Aeko Barone Ozawa, Eduardo Federighi Baisi Chagas, Joyce Fernanda Soares Albino Ghezzi, Maria Angélica Spadella

ARTIGO DE REVISÃO

PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE DIREÇÃO VEICULAR POR PESSOAS IDOSAS: REVISÃO DE ESCOPO

Scientific publications on driving by older adults: scope review

Danielle Félix Arruda Mourão, Eveline Alves Oliveira, Alice Silva Osterne Ribeiro, Paulo César de Almeida, Thalís Rebouças de Oliveira, Maria Célia de Freitas

EQUILÍBRIO, QUEDAS E RISCO DE QUEDAS NA DPOC: REVISÃO SISTEMÁTICA DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO, PROPRIEDADES DE MEDIDA E UTILIDADE CLÍNICA

Balance, falls, and risk of falls in COPD: systematic review of assessment instruments, measurement properties, and clinical utility

Ana Cristina Lamezon, Bruna Luna Cavan, Silvia Valderramas

PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARA MULHERES IDOSAS NORTEADAS PELOS CONSTRUTOS DE PAULO FREIRE: REVISÃO DE ESCOPO

Education practices for older women guided by the constructs of Paulo Freire: scope review

Monique de Freitas Gonçalves Lima, Francisca Márcia Pereira Linhares, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, Gilson Nogueira Freitas, Anna Karla de Oliveira Tito Borba, Laís Helena de Souza Soares Lima



Análise do conhecimento, das atitudes e das práticas de médicos e enfermeiros sobre as vivências de cuidadores familiares de pessoas idosas com demência: um estudo CAP

Analysis of knowledge, attitudes, and practices of physicians and nurses regarding the experiences of family caregivers of older adults with dementia: a KAP study

Monique Maira Maciel¹ 

Annelita Almeida Oliveira Reiners¹ 

Carla Rafaela Teixeira Cunha¹ 

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo¹ 

Joana Darc Chaves Cardoso¹ 

Amanda Cristina de Souza Andrade² 

Resumo

Objetivo: analisar o Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) dos profissionais de saúde, durante a assistência às pessoas idosas vivendo com demência em relação às situações de cuidado vivenciadas pelos cuidadores informais e a associação com fatores sociodemográficos e profissionais. **Método:** estudo transversal e analítico, do tipo CAP, realizado no município de Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil, com 20 enfermeiros e 20 médicos das Unidades de Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevista utilizando-se um instrumento desenvolvido a partir da literatura disponível sobre estudos CAP. Realizou-se análise descritiva e análise bivariada da associação entre as variáveis conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde e as variáveis sociodemográficas e profissionais, utilizando o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%. **Resultados:** os profissionais de saúde apresentaram conhecimento satisfatório e atitude favorável sobre as situações de cuidado vivenciadas pelos cuidadores informais de pessoas idosas vivendo com demência. Dos profissionais, 65% possuem práticas insuficientes direcionadas aos cuidadores, incluindo orientações, grupos de apoio e educação em saúde. Não houve associação significativa entre as variáveis conhecimento, atitudes e práticas e as variáveis sociodemográficas e profissionais. **Conclusão:** embora os profissionais de saúde tenham conhecimento satisfatório sobre a situação de cuidado vivenciada pelos cuidadores e atitudes positivas em relação a eles, suas práticas se mostram insuficientes para atender suas necessidades, de forma a não contribuir para que os cuidadores possam lidar com as várias situações que o decorrer da doença ocasiona para a pessoa idosa e a eles.

Palavras-chave:

Conhecimento. Atitudes e Prática em Saúde. Pessoal de Saúde. Cuidadores. Idoso. Demência.

¹ Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Cuiabá, MT, Brasil.

² Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva. Cuiabá, MT, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Monique Maira Maciel
monique_maira@hotmail.com

Recebido: 18/05/2023

Aprovado: 25/10/2023

Abstract

Objective: To analyze the Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) of healthcare professionals during the care of older individuals living with dementia, concerning the caregiving situations experienced by informal caregivers, and its association with sociodemographic and professional factors. **Method:** A cross-sectional analytical KAP study was conducted in the municipality of Tangará da Serra, Mato Grosso, with 20 nurses and 20 physicians from Family Health Units. Data were collected through interviews using an instrument developed based on the available literature on KAP studies. Descriptive analysis and bivariate analysis of the association between the knowledge, attitudes, and practices of healthcare professionals and sociodemographic and professional variables were performed using the Fisher's exact test, with a significance level of 5%. **Results:** Healthcare professionals demonstrated satisfactory knowledge and favorable attitudes towards caregiving situations experienced by informal caregivers of older individuals living with dementia. However, 65% of professionals exhibited insufficient practices directed at caregivers, including guidance, support groups, and health education. No significant association was found between knowledge, attitudes, practices, and sociodemographic or professional variables. **Conclusion:** Despite healthcare professionals possessing satisfactory knowledge of caregiving situations and positive attitudes towards informal caregivers, their practices are inadequate in meeting their needs. This deficiency does not contribute to enabling caregivers to cope with the various challenges that arise during the course of the disease for both the older individual and the caregivers themselves.

Keywords: Knowledge. Attitudes and Practice in Health. Healthcare Personnel. Caregivers. Older Adults. Dementia.

INTRODUÇÃO

As demências atingem 55 milhões de pessoas no mundo¹. Projeções mostram que, em 2030, serão 78 milhões de pessoas e, em 2050, serão 139 milhões de pessoas com algum tipo de demência¹. Todavia, estima-se que em torno de 75% dos indivíduos com demência no mundo não têm o diagnóstico². No Brasil, acredita-se que existam dois milhões de pessoas vivendo com algum tipo de demência, no entanto, o subdiagnóstico ainda é um problema³.

Por se tratar de enfermidade progressiva e irreversível, as demências atingem a capacidade da pessoa idosa de realizar as atividades de vida diária (AVD), ao longo do tempo, os sujeitos idosos se tornam mais dependentes, levando à necessidade do cuidado⁴. Normalmente, os membros da família exercem esse papel, principalmente esposas, filhas e noras, os quais são denominados cuidadores informais (CI)^{5,6}.

Com o passar do tempo, a rotina e a demanda de cuidados ininterruptos, associadas ao aumento das atividades domésticas, rearranjo familiar, alterações da condição de saúde da pessoa idosa vivendo com

demência (PIVD) e mudanças na vida pessoal e laboral do cuidador costumam trazer inúmeras consequências a ele. São repercussões físicas, mentais, sociais e emocionais como esgotamento físico, sobrecarga, depressão, ansiedade e isolamento social que afetam, inclusive, o seu autocuidado⁷.

Pesquisadores, organizações e instituições têm recomendado que profissionais de saúde que atuem na assistência a demências ofereçam além do cuidado ao idoso com PIVD, uma atenção as pessoas cuidadoras, de maneira a oferecer assistência e apoio para os vários problemas relacionados ao cuidado^{1,8}. Neste sentido, é crescente a produção de estudos cuja preocupação é focada nas PIVDs e seus cuidadores⁹⁻¹¹.

Entretanto, sobre a relação entre os profissionais de saúde e os cuidadores de PIVDs, as evidências ainda são incipientes. Estudos realizados com profissionais da assistência mostram que eles reconhecem que os cuidadores sofrem com a sobrecarga, necessitam de cuidados, mas a assistência nem sempre está à disposição deles^{6,12}. Desta forma, identifica-se a necessidade de se disponibilizar mais tempo para o atendimento da PIVD e seu CI¹³.

Após buscas em bases de dados, verificou-se a incipiência de estudos na literatura que tiveram como propósito investigar o conhecimento, as atitudes e a prática dos profissionais de saúde em relação às situações de cuidado vivenciadas pelos CI. Neste sentido, o objetivo desta investigação foi analisar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, durante a assistência às PIVDs em relação às situações de cuidado vivenciadas pelos CI e a associação com fatores sociodemográficos e profissionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico, do tipo Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP). Esse tipo de estudo é utilizado na ciência em saúde, em especial na saúde pública, com o objetivo de fornecer informações sobre conhecimentos, crenças, concepções e comportamentos relacionados à saúde¹⁴. As etapas básicas desse tipo de estudo incluem identificação do tema de pesquisa, seleção da população-alvo, elaboração das questões CAP, disponibilização de opções de respostas, desenvolvimento de um sistema de pontuação para o instrumento e validação do instrumento¹⁴.

O estudo foi realizado no município de Tangará da Serra, Mato Grosso (MT), Brasil, localizado cerca de 232km da capital Cuiabá, cuja população estimada foi de 107.631 habitantes em 2021¹⁵. Essa localidade foi escolhida por ser um polo estadual de formação profissional para área da saúde. Atualmente, o município conta com 22 Unidades de Saúde da Família (USF), as quais possuem uma equipe composta pelo

menos por médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

No período da pesquisa, 53 profissionais de saúde de nível superior atuavam nas unidades e a população da pesquisa foi constituída por todos eles. Foram incluídos na pesquisa 43 profissionais, dos quais 21 eram enfermeiros e 22 médicos que afirmaram atender PIVD na assistência à saúde na USF. A amostra final com as desistências foi de 40 participantes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2022. Após o aceite do profissional, agendou-se dia e horário de acordo com a sua disponibilidade para realização da entrevista na USF, obedecendo as normas de biossegurança para prevenção da covid-19. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma cópia foi entregue ao participante da pesquisa.

A entrevista foi realizada utilizando-se um instrumento com questões relativas ao profissional de saúde (dados sociodemográficos e profissionais) e questões elaboradas a partir da literatura disponível sobre o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais em relação às situações de cuidado vivenciadas pelos CI de PIVD^{5,16,17} (Quadro 1). Para as questões de Conhecimento, os profissionais tinham três opções de resposta (correto; incorreto; não sei), e para as de Atitudes, tinham outras três (concordo; discordo; indeciso). Para as Práticas, eles tinham três opções de resposta (sim; não; às vezes) para seis opções de práticas apresentadas. Além disso, solicitou-se que o profissional respondesse os motivos de não realizarem as práticas ou as realizarem apenas ocasionalmente (Quadro 1).

Quadro 1. Questões sobre o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais em relação às situações de cuidado vivenciadas pelos cuidadores informais de PIVD contidas no instrumento de coleta de dados.

1. CONHECIMENTO SOBRE CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS VIVENDO COM DEMÊNCIA
Com relação aos cuidadores informais de pessoas idosas com demência, responda às seguintes afirmativas:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Geralmente, cuidadores possuem conhecimento suficiente sobre o que é a demência. 2. Cuidadores podem sentir solidão e sensação de abandono familiar. 3. Em função do cuidado ao idoso, cuidadores podem sofrer consequências físicas como dores no corpo e insônia. 4. Comumente, cuidadores possuem conhecimento insuficiente sobre os tratamentos da demência. 5. Em virtude do cuidado ao idoso, cuidadores podem sofrer consequências mentais e/ou emocionais como ansiedade, estresse e depressão. 6. De modo geral, cuidadores possuem capacitação para cuidar das pessoas com demência. 7. Em consequência do cuidado ao idoso, cuidadores podem sofrer consequências sociais como perda do emprego, diminuição da renda e isolamento social. 8. Geralmente, cuidadores não possuem dificuldades para cuidar de si (autocuidado). 9. É comum cuidadores apresentarem dificuldades para cuidar da pessoa idosa com demência (p.ex.: não saber lidar com as alterações de comportamento da pessoa idosa).
2. ATITUDES EM RELAÇÃO AOS CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS VIVENDO COM DEMÊNCIA
Com relação aos cuidadores informais de pessoas idosas com demência:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu acredito que, de modo geral, eles possuem conhecimento suficiente sobre o que é a demência. 2. Eu creio que os cuidadores possuem conhecimento insuficiente sobre os tratamentos da demência. 3. Eu considero que, em função do cuidado ao idoso, cuidadores podem sofrer consequências físicas como dores no corpo e insônia. 4. Eu suponho que, em virtude do cuidado ao idoso, cuidadores podem sofrer consequências mentais e/ou emocionais como ansiedade, estresse e depressão. 5. Eu acredito que, em consequência do cuidado ao idoso, cuidadores podem sofrer consequências sociais como perda do emprego, diminuição da renda e isolamento social. 6. Eu creio que, em geral, cuidadores não possuem capacitação para cuidar das pessoas com demência. 7. Eu considero que, frequentemente, cuidadores possuem dificuldades para cuidar de si (autocuidado). 8. Eu suponho que o profissional de saúde que atende ao idoso com demência deve fornecer ao cuidador informações sobre a doença, cuidados e serviços de apoio. 9. Eu julgo ser importante apoiar e orientar o cuidador sobre a demência e os cuidados com a pessoa idosa. 10. Eu creio que, no atendimento ao idoso com demência, é necessário que o profissional de saúde reserve tempo para ouvir as necessidades do cuidador. 11. Eu julgo que o profissional de saúde também deve se preocupar com o cuidador durante o atendimento ao idoso com demência. 12. Eu acredito que os profissionais de saúde devem esperar o contato dos cuidadores, pois são os responsáveis por procurar ajuda. 13. Eu acredito que é comum cuidadores apresentarem dificuldades para cuidar da pessoa idosa com demência (p.ex.: não saber lidar com as alterações de comportamento da pessoa idosa).
3. PRÁTICAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO AOS CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA
Na minha prática de atendimento à pessoa idosa com demência, eu realizo algumas ações com os cuidadores:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Visita domiciliar; 2. Capacitação da equipe; 3. Grupo de apoio; 4. Educação em saúde; 5. Consulta ao cuidador; 6. Informações e/ou orientações.

continua

Continuação do Quadro 1

Motivos para não realizar as práticas ou apenas às vezes:
1. Demanda tempo;
2. Inabilidade de comunicação;
3. Inabilidade em gerenciar os problemas familiares associados à demência;
4. Dificuldade em atender às expectativas familiares;
5. Pouco treinamento sobre o atendimento à PIVD e seus cuidadores;
6. Falta de conhecimento sobre os serviços de apoio à PIVD e seus cuidadores.

Fonte: elaboração dos autores, 2022.

A fim de avaliar com precisão o fenômeno estudado, o instrumento foi submetido a um comitê de 17 juízes selecionados por critérios pré-estabelecidos para validar sua confiabilidade e adequabilidade, conforme é recomendado na literatura¹⁸. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do instrumento foi de 0,96.

Para verificar a aplicabilidade do instrumento, assim como identificar possíveis problemas operacionais não previstos, antes da coleta de dados foi realizado o teste piloto, em um município vizinho, com seis profissionais de saúde que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. O questionário mostrou-se adequado para o alcance do objetivo do estudo.

As variáveis dependentes deste estudo foram conhecimento, atitudes e práticas. O conhecimento e as atitudes foram definidos com base em Kaliyaperumal^{6,12,19}. A definição de práticas foi realizada pelos autores a partir da literatura sobre o assunto^{4,12,16,17}.

Os pontos de corte de cada variável foram estabelecidos de forma arbitrária, considerando a ausência de critérios determinados na literatura.

- Conhecimento - compreensão do profissional de saúde das situações de cuidado vivenciadas pelos CI de PIVD. A variável foi classificada como satisfatória ou insatisfatória. Considerou-se que o profissional possui conhecimento satisfatório quando respondeu corretamente no mínimo seis das nove perguntas do questionário.
- Atitudes - ideias preconcebidas, opiniões, sentimentos, predisposições e crenças dos

profissionais de saúde em relação aos CI de PIVD que influenciam positiva ou negativamente o comportamento ou a prática do profissional em relação ao cuidador. A variável foi classificada como favorável ou não favorável. Considerou-se como atitude favorável o profissional que respondeu de acordo com a resposta esperada a no mínimo oito das 13 perguntas do questionário.

- Práticas - ações dos profissionais de saúde voltadas ao cuidador de PIVD como orientações, serviços de apoio e educação em saúde. A variável foi classificada como suficiente ou insuficiente. Considerou-se prática suficiente quando a resposta do profissional “sim” para no mínimo quatro das seis práticas relacionadas no questionário. A opção “às vezes” foi considerada juntamente com a opção “não” porque a prática não era realizada rotineiramente.

As variáveis independentes foram as sociodemográficas: idade, sexo; e as profissionais: profissão, tempo de formação, maior titulação, área em que mais atuou; formação em geriatria ou gerontologia, tempo de trabalho na unidade, recebeu conteúdos sobre demência e sobre cuidadores, tipos de conteúdos, capacitação sobre demência, tipo de capacitação.

Realizou-se a análise descritiva apresentada em tabelas com frequências absolutas e relativas para cada variável. Para avaliar a associação entre as variáveis dependentes e as variáveis sociodemográficas e profissionais, utilizou-se o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) sob o Parecer nº 5.057.043 e CAAE nº 47143021.5.0000.8124.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação à autora correspondente Monique Maira Maciel.

RESULTADOS

Dos 40 participantes deste estudo, a metade é composta por enfermeiros, dos quais 90% são do sexo feminino e 40% estão na faixa etária entre 40 e 50 anos. Quanto aos médicos, 65,5% deles são do sexo feminino e estão na faixa entre 30 e 34 anos.

Quanto à formação acadêmica, 70% dos enfermeiros têm de nove a 17 anos de graduação e 75% dos médicos têm de dois a oito anos; 80% dos enfermeiros e 55% dos médicos têm pós-graduação lato sensu, apenas um médico (5%) possui formação em geriatria e gerontologia e nenhum enfermeiro (0%) possui formação em gerontologia. Grande parte dos enfermeiros (85%) e dos médicos (95%) recebeu conteúdo sobre demência, na modalidade de aula, e 90% dos enfermeiros e 95% dos médicos não receberam conteúdo sobre cuidadores. A maioria dos enfermeiros (90%) e dos médicos (60%) não recebeu capacitação sobre demência após a sua formação.

No que diz respeito ao trabalho, a maioria dos enfermeiros (70%) e dos médicos (85%) atuou por mais tempo na Atenção Básica e 80% dos enfermeiros e 90% dos médicos atuam há menos de três anos na mesma unidade.

Na classificação do conhecimento, das atitudes e das práticas dos profissionais de saúde sobre as situações de cuidado vivenciadas pelos CI de PIVD, de acordo com os critérios estabelecidos para este estudo, 100% dos profissionais de saúde possuem conhecimento satisfatório e atitude favorável. Quanto

às práticas, a grande maioria (92,5%) possui práticas insuficientes voltadas a essas situações (Tabela 1).

Com relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre as situações de cuidado vivenciadas pelos CI de PIVD, 90% dos pesquisados consideram que os cuidadores não possuem conhecimento suficiente sobre o que é a demência e sobre os tratamentos (95%). Além disso, todos os profissionais consideram que, em função do cuidado ao idoso, os cuidadores podem sofrer consequências físicas como dores no corpo e insônia; repercussões mentais e/ou emocionais como ansiedade, estresse e depressão. Ademais, 97,5%, consideram que existem também consequências sociais para os cuidadores, como perda do emprego, diminuição da renda e isolamento social e, ainda, que podem sentir solidão e sensação de abandono familiar. Dos profissionais participantes do estudo, 95% responderam que os cuidadores não possuem capacitação para cuidar das pessoas com demência, 87,5% consideram que possuem dificuldades para cuidar de si (autocuidado) e todos sabem que é comum cuidadores apresentarem dificuldades para cuidar da PIVD.

Sobre as atitudes dos profissionais de saúde em relação às situações de cuidado vivenciadas pelos CI de PIVD, a maioria acredita que os cuidadores possuem conhecimento insuficiente sobre o que é a demência (92,5%) e sobre os tratamentos (97,5%). Todos acreditam que, em consequência do cuidado ao idoso, os cuidadores podem sofrer consequências físicas e mentais e/ou emocionais e 95% acreditam que eles podem sofrer consequências sociais. No geral, 97,5% acreditam que cuidadores não possuem capacitação para cuidar das pessoas com demência e que é comum eles apresentarem dificuldades para cuidar da PIVD. Todos acreditam que o profissional de saúde que atende à PIVD deve fornecer ao cuidador informações sobre a doença, cuidados e serviços de apoio; julgam ser importante apoiar e orientar o cuidador sobre a demência/cuidados com a pessoa idosa; acreditam que, durante o atendimento ao idoso com demência, é necessário que o profissional de saúde reserve tempo para ouvir as necessidades do cuidador e deve se preocupar com este durante o atendimento ao idoso com demência.

Cerca de 82,5% dos profissionais acreditam que cuidadores possuem dificuldades para realizar o autocuidado e apenas 15% que os responsáveis por procurar ajuda são os cuidadores. Ao profissional, cabe esperar essa demanda.

No que diz respeito às práticas dos profissionais de saúde em relação às situações de cuidado

vivenciadas pelos CI de PIVD, observa-se na Tabela 2 que, 67,5% dos profissionais responderam que informam/orientam os cuidadores eventualmente, 65% realizam visita domiciliar ocasionalmente, 82,5% não realizam capacitação da equipe, 72,5% não realizam educação em saúde, 50% às vezes realizam consulta ao cuidador e nenhum dos profissionais realiza grupo de apoio.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de saúde de acordo com a classificação do conhecimento, atitudes e práticas sobre cuidadores informais de PIVD. Tangará da Serra - MT, 2022 (N=40).

Variável	n (%)
Conhecimento	
Satisfatório	40 (100,0)
Insatisfatório	0 (0,0)
Atitude	
Favorável	40 (100,0)
Desfavorável	0 (0,0)
Prática	
Suficiente	3 (7,5)
Insuficiente	37 (92,5)

Fonte: elaboração dos autores, 2022.

Tabela 2. Tipos e frequência de ações realizadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento à PIVD e tipos de informações/orientações fornecidas pelos profissionais de saúde ao cuidador. Tangará da Serra - MT, 2022 (N=40).

Tipo de ação	Sim	Não	Às vezes
	n (%)	n (%)	n (%)
Informações/orientações	12 (30,0)	1 (2,5)	27 (67,5)
Visita domiciliar	8 (20,0)	6 (15,0)	26 (65,0)
Capacitação da equipe	1 (2,5)	33 (82,5)	6 (15,0)
Grupo de apoio	0 (0,0)	40 (100,0)	0 (0,0)
Educação em saúde	3 (7,5)	29 (72,5)	8 (20,0)
Consulta ao cuidador	4 (10,0)	16 (40,0)	20 (50,0)
Tipo de informação/orientação	Sim	Não	Às vezes
	n (%)	n (%)	n (%)
Sobre a doença	10 (25,0)	9 (22,5)	21 (52,5)
Sobre o diagnóstico	3 (7,5)	27 (67,5)	10 (25,0)
Sobre o tratamento	8 (20,0)	14 (35,0)	18 (45,0)
Sobre os serviços de apoio	10 (25,0)	30 (75,0)	0 (0,0)
Sobre os cuidados à PIVD	12 (30,0)	5 (12,5)	23 (57,5)
Sobre livros, sites, artigos a respeito da demência	4 (10,0)	33 (82,5)	3 (7,5)

Fonte: elaboração dos autores, 2022.

No que diz respeito às informações/orientações propiciadas pelo profissional de saúde ao cuidador, a Tabela 2 mostra também que, 52,5% dos profissionais informam ocasionalmente sobre a doença, 67,5% não informam sobre o diagnóstico, 45% eventualmente informam sobre o tratamento, 75% não informam sobre os serviços de apoio, 57,5% às vezes dão informações sobre os cuidados à PIVD e 82,5% não indicam fontes de informações sobre a demência.

Os motivos dos profissionais de saúde para não fornecerem ou fornecerem ocasionalmente informações/orientações e para não realizarem/realizarem ocasionalmente ações ao cuidador constam na Imagem 1.

realizarem ocasionalmente ações ao cuidador constam na Imagem 1.

Devido à ausência de variabilidade na resposta das questões referentes às variáveis dependentes conhecimento e atitudes, pois 100% dos participantes atenderam aos critérios de classificação das respostas estabelecidos, a análise bivariada entre as variáveis dependentes e independentes foi realizada apenas com a variável dependente Práticas. Desta forma, é possível verificar na Tabela 3 que, após a análise bivariada, não houve associação significativa entre as práticas dos profissionais de saúde em relação ao cuidador informal de PIVD e as características pessoais e de trabalho dos profissionais.

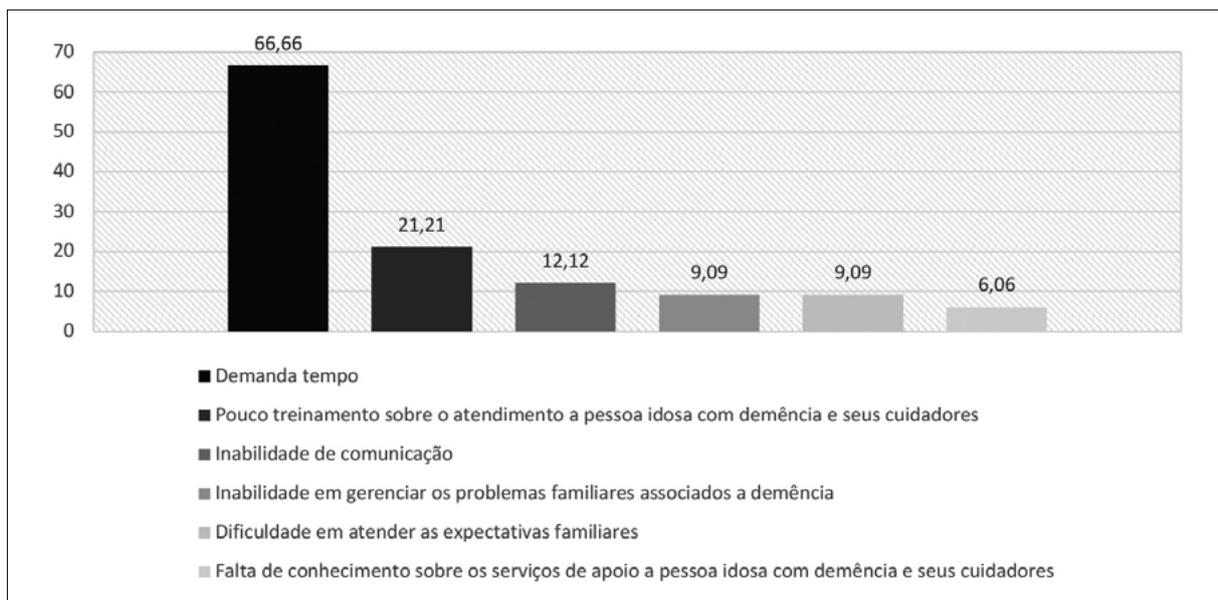


Figura 1. Motivos dos profissionais de saúde para não fornecerem ou fornecerem ocasionalmente informações/orientações e para não realizarem/realizarem ocasionalmente ações ao cuidador. Tangará da Serra - MT, 2022.

Fonte: elaboração dos autores, 2022.

Tabela 3. Distribuição percentual da classificação das práticas dos profissionais de saúde em relação ao cuidador informal de PVDI, segundo dados sociodemográficos e profissionais. Tangará da Serra, MT, 2022 (N=40).

Variável	Prática Insatisfatória	Prática Satisfatória	Valor de p^1
	n (%)	n (%)	
Faixa etária (em anos)			0,218
26 - 29	4 (10,8)	0 (0,0)	
30 - 34	17 (46,0)	1 (33,3)	
35 - 39	6 (16,2)	2 (66,7)	
< 40	10 (27,0)	0 (0,0)	
Sexo			0,455
Feminino	28 (75,7)	3 (100,0)	
Masculino	9 (24,3)	0 (0,0)	
Profissão			0,500
Enfermeiro	19 (51,3)	1 (33,3)	
Médico	18 (48,7)	2 (66,7)	
Tempo de formação (em anos)			0,538
2 - 8	19 (51,3)	2 (66,7)	
9 - 17	18 (48,7)	1 (33,3)	
Maior titulação			0,704
Graduação	12 (32,4)	1 (33,3)	
Pós-graduação <i>latu sensu</i>	25 (67,6)	2 (66,7)	
Área em que mais atuou			0,455
Atenção Básica	28 (75,7)	3 (100,0)	
Outros	9 (24,3)	0 (0,0)	
Formação em geriatria e gerontologia / gerontologia			0,925
Sim	1 (2,7)	0 (0,0)	
Não	36 (97,3)	3 (100,0)	
Tempo de trabalho na unidade (em anos)			0,394
Até 3	32 (86,5)	2 (66,7)	
Mais de 3	5 (13,5)	1 (33,3)	
Recebeu conteúdos sobre demência			0,723
Sim	33 (89,2)	3 (100,0)	
Não	4 (10,8)	0 (0,0)	
Recebeu conteúdos sobre cuidadores			0,786
Sim	3 (8,1)	0 (0,0)	
Não	34 (91,9)	3 (100,0)	
Participou de capacitação sobre demência			0,149
Sim	8 (21,6)	2 (66,7)	
Não	29 (78,4)	1 (33,3)	

¹ Teste exato de Fisher. Fonte: Elaboração dos autores, 2022.

DISCUSSÃO

Segundo a revisão bibliográfica realizada, não foram encontrados estudos que se propuseram a investigar o conhecimento, as atitudes e as práticas (CAP) dos profissionais de saúde em relação às situações de cuidado vivenciadas pelos cuidadores de PIVD. Do que se sabe, na literatura existem vários estudos utilizando a metodologia CAP, porém o foco é no conhecimento, nas atitudes e nas práticas dos profissionais de saúde em relação à demência ou à PIVD^{20,21}. Neste sentido, há escassez de estudos que possibilitem a comparação de resultados. Entretanto, examinando a literatura relacionada, algumas conjecturas são possíveis de serem realizadas a respeito dos resultados.

O principal resultado deste estudo mostra que os profissionais de saúde na relação com os CI durante a assistência às PIVDs possuem conhecimento satisfatório, atitudes favoráveis e práticas insuficientes sobre os cuidadores e as situações de cuidados vivenciadas por eles.

Com relação ao conhecimento, existem pesquisas que evidenciam que há insuficiência de conhecimento dos profissionais de saúde no que diz respeito à demência, diagnósticos e tratamento. Os estudos mostram que os profissionais relatam deficit de conteúdos e falta de treinamento na formação sobre a demência^{16,17} e que isso dificulta o atendimento aos pacientes que apresentam essa doença. Constatou-se em uma revisão sistemática de 19 estudos que havia deficit significativo no conhecimento de enfermeiros sobre os cuidados às PIVDs²¹. Da mesma forma, em outra revisão integrativa de 38 estudos, verificou-se que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a demência, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, é mediano e que isso está relacionado ao treinamento profissional limitado e educação inadequada²². Essa informação é condizente com os dados de formação dos participantes deste estudo que referiram possuir formação limitada sobre a demência.

Neste sentido, o resultado de que os profissionais possuem conhecimento satisfatório sobre os cuidadores e as situações de cuidados vivenciadas por eles foi notável. Uma formação abrangente sobre

demência incluiria não apenas conteúdos sobre a doença, mas todos os aspectos que envolvem as vivências das pessoas com ela, de modo que os profissionais de saúde saberiam, ainda que teoricamente, quais as condições de cuidado dos cuidadores de PIVD.

Uma explicação para o resultado encontrado neste estudo pode ser a de que o conhecimento que os profissionais alegam ter sobre os cuidadores venha da experiência adquirida no atendimento à PIVD, o que é corroborado com o achado de um estudo realizado em Pequim, no qual os médicos e enfermeiros afirmaram ter adquirido experiência com a demência na prática clínica, livros e web¹⁷. Da mesma forma, em outro estudo desenvolvido na Inglaterra, os profissionais de saúde relataram que o valor da sua formação sobre demência como parte da qualificação profissional era ambivalente, pois afirmaram que era melhor aprender com a experiência e com outros colegas do que confiar na formação recebida, explicitando melhor a formação poderia ser boa ou não, pois aprenderam mais com a experiência e com outros colegas do que com ela²³.

Provavelmente, escutar as demandas dos cuidadores nos atendimentos pode ter propiciado aos profissionais o conhecimento da sua situação. Isso foi verificado em uma pesquisa realizada na França sobre as práticas clínicas dos médicos em relação à demência. Nesse estudo, eles relataram que percebiam que as famílias dos pacientes se sentiam impotentes, isoladas e em aflição e que as ouviam falar sobre solidão familiar, sentimento de abandono e frustração na tentativa de compreender os serviços sociais²⁴. Ainda, em outro estudo, os profissionais de saúde declararam saber que, dentre as muitas cargas que os cuidadores possuem, a psicológica é a mais severa⁶.

Certamente, a experiência proporciona, ao longo do tempo, várias oportunidades de se conhecer a PIVD e seus cuidadores, principalmente na Atenção Básica, onde há maiores possibilidades de haver encontros regulares entre os profissionais e eles seja na unidade ou nas visitas domiciliares. Todavia, o conhecimento adquirido somente desta forma traz muita subjetividade e, como consequência, incertezas, insegurança, atrasos ou falta nas resoluções dos

problemas. A literatura mostra que muitas das necessidades dos cuidadores não são levadas em consideração ou não são atendidas pelos profissionais e que eles esperam isso daqueles que os assistem^{22,25}.

Em vista disso, advoga-se que os profissionais de saúde, mais do que adquirir conhecimento sobre demência e as pessoas que convivem com a doença por meio da experiência, busquem em capacitações, treinamentos, literatura especializada e sites de organizações confiáveis o conhecimento científico que qualifique sua assistência a essas pessoas.

Referente ao achado deste estudo de que as atitudes dos profissionais de saúde em relação à situação dos CI que prestam assistência às PIVDs são favoráveis, há estudos na literatura sobre o cuidado de profissionais em relação à demência que apontam que eles possuem atitudes positivas concernentes ao cuidador.

Achados consistentes com atitudes favoráveis demonstram que os profissionais de saúde expressam atitudes empáticas na comunicação com o paciente e o cuidador, e se preocupam com o sofrimento e a sobrecarga dos cuidadores advindos do cuidado às PIVDs^{6,16,26,27}. De acordo com a literatura, os profissionais acreditam que os cuidadores precisam de apoio e aconselhamento²⁰; consideram ser importante dispensar um tempo não só ao paciente, mas também ao cuidador, auxiliando-o a lidar com as repercussões da doença¹⁶. Além disso, os profissionais pensam que devem fornecer conhecimento sobre a doença para ajudá-los a lidar com as consequências da condição¹³.

O resultado de que os profissionais deste estudo possuem atitudes favoráveis mostra que eles podem ter atitudes positivas em relação aos cuidadores de PIVD. Isso é importante, pois contribui para a qualificação da assistência prestada por médicos e enfermeiros na demência. Mesmo assim, levando em consideração que a literatura mostra que há atitudes negativas em relação aos cuidadores^{5,12,13,16,26,27}, é fundamental que os programas de formação incluam em seus currículos não somente conteúdos sobre a demência, mas igualmente se preocupem em formar profissionais capazes de terem atitudes positivas em relação às pessoas que convivem com a doença e suas consequências.

O resultado deste estudo de que as práticas dos profissionais de saúde em relação à situação dos CI que prestam assistência às PIVDs são insuficientes, mostra que há um paradoxo entre o conhecimento e as atitudes dos participantes deste estudo em relação aos cuidadores e suas práticas voltadas a eles, pois elas não são realizadas em conformidade com as necessidades que eles identificam nesses cuidadores e acreditam que eles têm.

O achado de práticas insuficientes dos profissionais de saúde tem consistência com a literatura, principalmente em relação às informações/orientações e apoio. Constatou-se em estudos realizados com profissionais que eles oferecem pouca ou quase nenhuma informação/educação sobre demência aos cuidadores^{12,17,25}, fornecem pouca ajuda e apoio psicológico^{12,17} e que realizam apenas algum tipo de aconselhamento²⁰.

De igual modo, há estudos em que os cuidadores revelam não receberem tanta informação quanto gostariam¹² e que lhes é oferecida pouca ou nenhuma informação²⁸. Além disso, os estudos mostram que as informações sobre a doença são pouco claras¹¹ e que os profissionais falam mais de medicamentos do que sobre a demência, suas implicações e os cuidados⁵.

Quando se verificou que tanto enfermeiros quanto médicos têm deixado de realizar principalmente as práticas de informação/orientação e as de apoio e educação em saúde, evidencia-se deficiência da atenção dos profissionais de saúde da Atenção Primária dada aos cuidadores de PIVD. A insuficiência dessas práticas contribui para que os cuidadores, além da sobrecarga física, tenham sobrecarga psicoemocional. A literatura evidencia que os cuidadores afirmam que a deficiência de atenção dos profissionais de saúde a eles dispensada origina ansiedade e estresse¹¹, confusão, tensão e incerteza⁹.

Do mesmo modo, estudos demonstram que quanto maior o conhecimento do cuidador acerca da doença, menor é a sobrecarga que ele apresenta²⁹, e que informações/orientações fornecidas aos cuidadores de pacientes com demência sobre os sintomas e progressão da doença e tratamento melhoram a depressão e sobrecarga³⁰.

Neste sentido, profissionais e serviços de saúde, em especial os de Atenção Primária, podem recorrer a um conjunto de evidências científicas que dão sustentação a melhores práticas na atenção às PIVDs e seus cuidadores^{30,31}. São pesquisas que demonstram a efetividade dos grupos no apoio aos cuidadores para enfrentarem da melhor forma a doença e suas consequências.

Do mesmo modo, com o advento da tecnologia, estudos têm demonstrado novas possibilidades de suporte a esses cuidadores com a utilização de sites, vídeos e aplicativos²⁸. Como exemplo, uma meta-análise cujo objetivo foi examinar o efeito de intervenções baseadas na web focadas no cuidador apontou efeitos positivos na autoeficácia, autoestima e tensão dos cuidadores¹⁰. Ainda, outro estudo que ofereceu apoio profissional aos cuidadores de PIVD via telefone evidenciou melhoria na sobrecarga de cuidar, depressão e autoeficácia dos cuidadores³².

Além disso, para fornecer mais e melhores informações, profissionais de saúde podem utilizar ferramentas e recursos para ajudar os cuidadores como folders, livros e apostilas⁵. Os profissionais também podem considerar o uso de recursos eletrônicos, tais como internet, mídia e smartphones como fontes de informação de saúde²⁵.

Com relação aos motivos apresentados pelos profissionais de saúde deste estudo para a não realização de ações direcionadas aos cuidadores, estudos têm evidenciado razões semelhantes. Essas razões são: falta de tempo^{5,17,27,33}, inabilidade de comunicação²⁷ e em gerenciar os problemas familiares associados à demência³³, dificuldade em atender as expectativas familiares¹⁶, pouco treinamento sobre o atendimento à PIVD e seus cuidadores^{16,17,22,26,33} e falta de conhecimento sobre os serviços de apoio^{5,27}.

Observa-se que são motivos que dizem respeito aos próprios profissionais como falta de conhecimento sobre os serviços de apoio, inabilidade em gerenciar os problemas familiares associados a demência e dificuldade em atender às expectativas familiares, mas também são motivos que estão relacionados aos serviços e instituições que trabalham, como falta de tempo, pouco treinamento sobre o atendimento à PIVD e seus cuidadores.

Neste sentido, tanto os profissionais quanto os serviços precisam investir na redução dessas barreiras que impedem uma melhor atenção aos cuidadores e não somente às PIVDs. As instituições de ensino deveriam formar enfermeiros e médicos com maior capacidade para atender a essas pessoas e os serviços investirem em educação permanente desses profissionais. Iniciativas como a criação de um grupo de apoio têm sido recomendadas como uma das formas de amparo aos cuidadores e às PIVDs por terem baixo custo financeiro e proporcionarem momentos de aprendizado e interação entre eles³¹.

Dado que não houve associação entre a variável práticas e as variáveis independentes, é provável que não apenas o tamanho da amostra, mas igualmente a sua homogeneidade em relação às características profissionais e sociodemográficas dos participantes tenham influenciado esse resultado.

Além disso, o estudo mostrou que 100% dos profissionais demonstraram conhecimento e atitudes favoráveis em relação ao cuidador. Então, pode ser que o instrumento produzido para esta pesquisa tenha tido pouco poder de discriminação, mesmo com todo o processo de validação ao qual foi submetido. A explicação para a totalidade dos profissionais deste estudo terem conhecimento e atitudes favoráveis à situação dos cuidadores pode ser devido à sua experiência de atenção à PIVD. Entretanto, é possível que neste estudo tenha ocorrido um viés de cortesia, ou seja, “quando confrontadas com uma pergunta de pesquisa, as pessoas tendem a dar respostas que acreditam serem corretas ou, em geral, aceitáveis e apreciadas”³⁴. Ademais, levando em consideração que as atitudes são um construto que envolve componentes cognitivos, afetivos e uma tendência para agir³⁵ e que são “um sistema de crenças relativamente duradouro em torno de um assunto, objeto ou conceito que predispõe uma pessoa a responder de uma maneira preferencial”¹⁴, pode ser que os profissionais tenham feito suas declarações sobre atitudes em relação ao cuidador buscando responder à pesquisadora de forma a atender respostas socialmente desejáveis. Neste sentido, para reduzir esse tipo de viés, sugere-se que, em pesquisas futuras, a coleta de dados seja realizada por meio de questionários autoaplicáveis on-line ou impressos.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar que o conhecimento dos profissionais de saúde é satisfatório, as atitudes favoráveis e suas práticas insuficientes. As práticas de médicos e enfermeiros insuficientes impactam de forma direta na vida do cuidador informal e no cuidado a pessoa idosa vivendo com demência. Portanto, há necessidade de investir na formação e educação permanente dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros e médicos, no sentido de melhorar a atenção aos cuidadores tanto quanto às pessoas idosas vivendo com demência.

A presente pesquisa aponta algumas limitações. A primeira está relacionada ao instrumento de coleta de dados que apresentou pouco poder de discriminação, embora tenha sido validado por especialistas. A segunda se refere ao viés de cortesia, que acontece quando as pessoas emitem respostas que acreditam ser corretas ou aceitáveis socialmente. O resultado também traz subsídios para que os profissionais de saúde da Atenção Primária repensem sua prática assistencial, visando dar maior suporte aos cuidadores informais de pessoas idosas vivendo com demência por meio da visita domiciliar, consulta ao cuidador e formação de grupos de apoio. Uma questão sugestiva para estudos futuros é a necessidade de intervenções que promovam melhores práticas dos profissionais de saúde na assistência a essa população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia: executive summary. [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em: 2022 Jun 22]. 137 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
2. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, Webster C. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. London, England: Alzheimer's Disease International, 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. Ministério da Saúde debate Primeiro Relatório Nacional sobre a Demência. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
4. Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(2): 3839-51.
5. Jensen CJ, Inker J. Strengthening the dementia care triad: identifying knowledge gaps and linking to resources. *Am. j. alzheimers dis. other demen.* 2015;30(3):268-75.
6. Krutter S, Schaffler-Schaden D, Essl-Maurer R, Wurm L, Seymer A, Kriechmayr C, et al. Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals regarding caregiver burden in dementia care: results of a mixed methods study in a rural setting. *Age Ageing*. 2020;49(2):199-207.

AUTORIA

- Monique Maira Maciel – concepção e a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Annelita Almeida Oliveira Reiners - concepção e a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Carla Rafaela Teixeira Cunha - concepção e a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo - concepção e a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Joana Darc Chaves Cardoso - revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser publicada.
- Amanda Cristina de Souza Andrade - análise e interpretação dos dados.

Editado por: Priscila de Freitas Bastos Pazos

7. Schmidt MS, Locks MOH, Hammerschmidt KS de A, Fernandez DLR, Tristão FR, Girondi JBR. Challenges and technologies of care developed by caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2018;21(5):579–87.
8. Teixeira ILN, Nunes S dos S, Anversa ETR, Flores GC. Qualidade de vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer: uma revisão de literatura / Quality of life of the family care of the elderly with Alzheimer: a literature review. *Braz. J. Hea. Rev.* 2021;4(2):5221–37.
9. Moyle W, Bramble M, Bauer M, Smyth W, Beattie E. "They rush you and push you too much ... and you can't really get any good response off them": a qualitative examination of family involvement in care of people with dementia in acute care. *Australasian journal on ageing.* 2016;35(2):30–4.
10. Ploeg J, Ali MU, Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, Fitzpatrick-Lewis D, McAiney C, Sherifali D. Caregiver-focused, web-based Interventions: systematic review and meta-analysis (part 2). *J. med. internet res.* 2018;20(10):11247.
11. Fitzgerald JA, Curry J, Olde Meierink A, Cully A. Putting the consumer in the driver's seat: a visual journey through the Australian health-care system as experienced by people living with dementia and their carers. *Australasian journal on ageing.* 2019;38(S2):46–52.
12. Lapididou D, Middlemass J, Karran T, Siriwardena AN. Caregivers' interactions with health care services – mediator of stress or added strain? Experiences and perceptions of informal caregivers of people with dementia – a qualitative study. *Dementia.* 2019;18(7–8):2526–42.
13. Thyrian JR, Hoffmann W. Dementia care and general physicians - A survey on prevalence, means, attitudes and recommendations. *Cent. eur. j. public health.* 2012;20(4):270–5.
14. Andrade C, Menon V, Ameen S, Kumar Praharaj S. Designing and conducting knowledge, attitude, and practice surveys in psychiatry: practical guidance. *Indian. j. psychol. med.* 2020;42(5):478–81.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2022. [Internet]. [acesso em: 2022 Jan 06]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/tangara-da-serra/panorama>
16. Constantinescu A, Li H, Yu J, Hoggard C, Holroyd-Leduc J. Exploring rural family physicians' challenges in providing dementia care: a qualitative study. *Can. j. aging.* 2018;37(4):390–9.
17. Wang M, Shao S, Li J, Liu Y, Xu X, Du J. The needs of informal caregivers and barriers of primary care workers toward dementia management in primary care: a qualitative study in Beijing. *BMC fam. pract.* 2018;19(1):1-9.
18. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16(7):3061–8
19. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *Community Ophthalmology.* 2004; 4(1):7-9.
20. Giezendanner S, Monsch AU, Kressig RW, Mueller Y, Streit S, Essig S, et al. General practitioners' attitudes towards early diagnosis of dementia: a cross-sectional survey. *BMC fam. pract.* 2019; 20(1):1-9.
21. Evripidou M, Charalambous A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: systematic literature review. *Perspect. psychiatr. care.* 2019;55(1):48-60.
22. Zhao W, Jones C, Wu ML, Moyle W. Healthcare professionals' dementia knowledge and attitudes towards dementia care and family carers' perceptions of dementia care in China: an integrative review. *J. clin. nurs.* 2022;31(13–14):1753–75.
23. Dodd E, Cheston R, Cullum S, Jefferies R, Ismail S, Gattung L, et al. Primary care-led dementia diagnosis services in South Gloucestershire: themes from people and families living with dementia and health care professionals. *Dementia.* 2016;15(6):1586–604.
24. Lahjibi-Paulet H, Dauffy Alain A, Minard A, Gaxatte C, Saint-Jean O, Somme D. Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners. *Aging clin. exp. res.* 2012;24(4):384-90.
25. Soong A, Au ST, Kyaw BM, Theng YL, Tudor Car L. Information needs and information seeking behaviour of people with dementia and their non-professional caregivers: a scoping review. *BMC geriatr.* 2020;14;20(1):1-17.
26. Hsiao HY, Liu Z, Xu L, Huang Y, Chi I. Knowledge, attitudes, and clinical practices for patients with dementia among mental health providers in China: city and town differences. *Gerontol. geriatr. educ.* 2016;37(4):342-358.
27. Mansfield E, Noble N, Sanson-Fisher R, Mazza D, Bryant J, Heyn PC. Primary care physicians' perceived barriers to optimal dementia care: a systematic review. *Gerontologist.* 2019;58(6):697–708.

28. Peterson K, Hahn H, Lee AJ, Madison CA, Atri A. In the information age, do dementia caregivers get the information they need? Semi-structured interviews to determine informal caregivers' education needs, barriers, and preferences. *BMC geriatr.* 2016;16(1):1-13.
29. Scott CB, Clay OJ, Epps F, Cothran FA, Williams IC. Associations of knowledge of Alzheimer's disease and memory loss and employment status with burden in African American and Caucasian family caregivers. *Dementia.* 2020;19(3):847-60.
30. Terayama H, Sakurai H, Namioka N, Jaime R, Otakeguchi K, Fukasawa R, et al. Caregivers' education decreases depression symptoms and burden in caregivers of patients with dementia. *Psychogeriatrics.* 2018;18(5):327-33.
31. Mendes GA, Faustino AM, Santos CTB dos, Cruz KCT da. Apoio a cuidadores familiares de idosos com demência. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020;6(10):76828-39.
32. Possin KL, Merrilees JJ, Dulaney S, Bonasera SJ, Chiong W, Lee K, et al. Effect of collaborative dementia care via Telephone and internet on quality of life, caregiver well-being, and health care use: the care ecosystem randomized clinical trial. *JAMA intern. med.* 2019;179(12):1658-67.
33. Stewart T V., Loskutova N, Galliher JM, Warshaw GA, Coombs LJ, Staton EW, et al. Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: areport from the American Academy of Family Physicians (AAFP) National Research Network. *J. am. board fam. med.* 2014;27(2):275-83.
34. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi Background: KAP surveys [Internet]. 2009; 1. [acesso em: 2022 Ago 11] Disponível em: <http://www.anthropologymatters.com>
35. Raina S. Assessment of knowledge, attitude, and practice in health care delivery. *North am. j. med. sci.* 2013;5(3):249-50.



Programa de exercícios multicomponentes domiciliar (VIVIFRAIL®) para longevos durante a pandemia da covid-19

Acceptability of a home-based multicomponent exercise program (Vivifrail®) for the oldest-old via videoconferencing during the Covid-19 pandemic

Ana Paula Tiecker¹

Eduardo Lusa Cadore²

Mikel Izquierdo³

Gabriela Guimarães Oliveira Zmuda¹

Francielle Bonett Aguirre¹

Ângelo José Gonçalves Bós¹

Resumo

Objetivo: Investigar a aceitação e adequação de um programa de exercícios multicomponentes por videoconferência para longevos em Porto Alegre (RS), Brasil. **Método:** Estudo Quase experimental. Os participantes realizaram o protocolo de exercícios multicomponentes ViviFrail® durante 12 semanas, com a aceitação e adequação avaliadas semanalmente por videoconferência. O questionário de aceitação e adequação foi baseado em uma escala Likert (de 0 a 4) de seis barreiras que os participantes enfrentam ao fazer exercício físico, com pontuação máxima de 24 pontos (aceitação máxima). **Resultados:** A aceitação foi de 70%, com 14 participantes concluindo o protocolo (89,07±6,30 anos). A consistência interna, (alfa de Cronbach) para o questionário, foi de 70%, considerada moderada. Os participantes mostraram um aumento geral na aceitação dos 17,8±3,51 pontos iniciais, para 22,0±2,94 pontos no final. Quatro (28.6%) necessitaram de adequação no protocolo de exercício. **Conclusão:** O programa de exercícios multicomponente ViviFrail®, com acompanhamento através de videoconferência, foi bem aceito e adequado, podendo ser uma importante ferramenta para a promoção da qualidade de vida, principalmente em longevos com dificuldade de sair de casa, tanto por problemas de mobilidade, quanto por ambientes sociais desfavoráveis (violência urbana e situações sanitárias). O questionário de aceitação e adequação, que necessitou ser criado, foi capaz de detectar barreiras do exercício e apontar possíveis ajustes no programa de treinamento, podendo ser apresentado como sugestão para avaliação de protocolos de intervenção na população longeva. Desta forma, o protocolo ViviFrail® com acompanhamento por videoconferência tem grande chance de ser um novo campo de intervenção para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. Idosos de 80 anos ou mais. Exercício Físico. Longevidade. Covid-19.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Escola de Medicina. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Escola de Educação Física. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidad Pública de Navarra, Departamento de Ciencias de la Salud. Navarra, España.

Financiamento da pesquisa: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES). N° do processo: 001. Bolsa de mestrado.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Ana Paula Tiecker
anapaulatiecker@hotmail.com

Recebido: 07/04/2023

Aprovado: 09/10/2023

Abstract

Objective: To investigate the acceptability and adequacy of a multicomponent exercise program via videoconferencing for the oldest-old in Porto Alegre, a city in southern Brazil. **Method:** This is a quasi-experimental study. Fourteen participants were enrolled in the multicomponent exercise program Vivifrail® for 12 weeks, 5 days a week, with weekly video calls for assessment of acceptability and adequacy. The acceptability and adequacy questionnaire was based on 6 barriers that older adults face when engaging in physical exercise. Responses were measured using a 5-point Likert scale ranging from 0 to 4 points, with a maximum score of 24 points (maximum acceptability). **Results:** Fourteen participants (89.07±6.30 years) concluded the protocol, with an acceptability rate of 70%. Internal consistency was moderate, with a Cronbach's coefficient alpha of 0.7. Participants showed an overall increase in acceptability and adequacy (from 17.8±3.51 points in the first week to 22.0±2.94 in the 12th week). Four participants (28.6%) required some modification to the exercise protocol. **Conclusion:** The Vivifrail® protocol, together with weekly follow-up via videoconferencing, was well accepted and adequate. It could be an important tool for promoting quality of life, especially in the oldest-old with difficulty leaving home. The acceptability questionnaire was able to detect exercise barriers and suggest possible modifications to the training program and could be presented as a suggestion for the evaluation of intervention protocols in the oldest-old population. Therefore, the Vivifrail® protocol, with weekly follow-up via videoconferencing, could be a new field of intervention for health professionals.

Keywords: Public Health. Aged, 80 and over. Exercise. Longevity. Covid-19.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, lento e gradual que provoca alterações biológicas em todo o organismo, expresso por uma redução progressiva da capacidade funcional, observada de forma mais significativa na população longeva^{1,2}. A inatividade física, além das condições crônicas apresentadas nessa faixa etária, pode resultar em maior risco de desfechos adversos para a saúde. Estudos mostram que pessoas idosas inativas apresentam maiores chances de quedas (39%), mortalidade (31%), perda de independência (50%), fragilidade (48%), hospitalização (15%) e institucionalização (21%) quando comparadas com aquelas que são fisicamente mais ativas³⁻⁵. Anualmente, estima-se que a inatividade física custe \$53 milhões de dólares em despesas de saúde pública em todo o mundo⁶.

O exercício físico é uma intervenção primordial para promover um fenótipo saudável nas pessoas idosas, um dos principais benefícios do exercício físico, em qualquer faixa etária, é a melhora da capacidade funcional e a preservação da autonomia e independência por mais tempo⁷. Porém, a escolha do tipo de exercício a ser aplicado é muito importante. Há diversas modalidades como os treinamentos

resistidos, treinamentos aeróbicos, Pilates, entre outros, com efeitos positivos em cada uma das modalidades relatadas na literatura⁸⁻¹⁰.

Segundo WHO¹¹, para se ter ganhos significativos na população idosa, a prescrição de um programa de exercícios deve desenvolver componentes da aptidão física como capacidade aeróbia, resistência muscular, equilíbrio e flexibilidade, ou seja, um treinamento multicomponente. Contudo, as intervenções de exercícios físicos em longevos não têm sido relatadas com tanta frequência como em idosos mais jovens¹². Da mesma forma, pouco se sabe sobre a aceitação e adequação de um programa de exercícios físicos multicomponentes envolvendo longevos. Biehl-Printes et al.¹³ observaram que a falta de interesse foi o principal motivo para os longevos não participarem de programas de exercícios físicos. De fato, a não participação de idosos longevos em programas de exercícios pode ocorrer por inúmeras situações¹². Para Krug Lopes & Mazo¹², as principais barreiras para a prática de exercícios físicos em idosas longevas é a limitação física, a má disposição, o excesso de cuidados dos familiares, além de exercícios físicos inadequados, o que pode significar exercícios físicos insuficientes ou muito intensos.

Garantir que a pessoa idosa se envolva em práticas e comportamentos saudáveis continua sendo crucial, especialmente em períodos como da pandemia da covid-19, que impactou negativamente na saúde da população, principalmente pela estratégia de isolamento social para conter a disseminação do SARS-CoV-2¹⁴. Por outro lado, o isolamento social aproximou os idosos do uso de tecnologias como as videochamadas no celular¹⁵. Sendo assim, programas de exercícios domiciliares por videoconferência podem ser uma alternativa para melhorar ou manter a capacidade funcional¹⁴. Além disso, podem ser bem aceitos por essa população não só apenas durante períodos de pandemia, tendo em vista os benefícios dos exercícios domiciliares, já comprovados em idosos, muito antes da covid-19^{16,17}.

Neste contexto, o ViviFrail® foi desenvolvido como um programa de exercícios físicos multicomponentes domiciliares para melhorar a capacidade funcional das pessoas idosas¹⁸. Esse programa desenvolveu diferentes protocolos de exercício físico de acordo com o desempenho funcional dos participantes, do estado frágil ao robusto. No entanto, há carência de estudos que investiguem a aceitação e adequação desse tipo de intervenção em idosos, nenhum estudo foi encontrado. Portanto, o presente estudo buscou investigar a aceitação e adequação de um programa de exercícios multicomponentes domiciliar por videoconferência para idosos em Porto Alegre, RS, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quase experimental, com delineamento de medidas repetidas, com acompanhamento semanal da aceitação do exercício.

A amostra foi composta por participantes já inseridos e previamente contatados por projetos do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O grupo era proveniente de um estudo de acompanhamento de nonagenários participantes de pesquisas domiciliares e o segundo era um grupo de voluntários saudáveis que assinaram participação em projetos na PUCRS.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob registro nº. 21628419.9.0000.5336, a ser realizada a partir de 10 de agosto de 2020, o que está de acordo com a Declaração de Helsinque¹⁹. A amostragem deste estudo foi por conveniência, por meio de ligações telefônicas nas quais a pesquisadora apresentava toda a pesquisa ao participante e este aceitava ou não participar do estudo.

Os critérios de inclusão definidos neste estudo foram: ter idade igual ou superior a 80 anos e ser participante de projetos da PUCRS. Os critérios de exclusão foram não possuir smartphone para realização de videoconferência; participantes sem acompanhante durante a avaliação e prática dos exercícios propostos e aqueles que demonstraram não conseguir responder aos comandos verbais. Também foram utilizados os critérios de exclusão do protocolo ViviFrail®¹⁸.

Inicialmente, o projeto foi apresentado aos participantes ou responsáveis e foi agendada uma videoconferência para avaliação inicial. A pesquisadora responsável pela pesquisa enfatizou a importância da presença do cuidador ou familiar durante a avaliação e explicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado pelo correio para assinatura.

Após assinatura do TCLE, a pesquisadora treinada aplicou a avaliação física e o questionário completo sobre condições sociodemográficas e clínicas, na avaliação inicial, intermediária (6 semanas) e final (12 semanas), por meio de videoconferência. O instrumento sobre condições sociodemográficas e clínicas coletou informações sobre a presença de sintomas e doenças relacionadas aos critérios de exclusão ou que pudessem interferir na aceitação da prática dos exercícios físicos (dores nas articulações, depressão ou tontura). Foi questionado também sobre a prática de exercício físico, quedas, facilidade ou dificuldade na realização de atividades funcionais, cognição e memória (Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15) e Mini Exame do Estado Mental - MEEM). A avaliação física utilizou o teste do protocolo ViviFrail®, que permite determinar qual dos passaportes do programa de exercício é o mais recomendado de acordo com

a capacidade funcional do participante e risco de quedas¹⁸. A bateria de testes ViviFrail® consiste na avaliação da capacidade funcional através do Short Physical Performance Battery (SPPB) e outra bateria de quatro testes que permite avaliar o risco de quedas. A descrição completa dessa avaliação foi publicada por Izquierdo et al.¹⁸.

O Quadro 1 mostra como classificar a pessoa idosa no melhor passaporte de exercício de acordo com a avaliação funcional feita por meio do teste SPPB.

O programa de exercícios ocorreu de outubro a dezembro de 2020, cinco vezes por semana, totalizando 60 sessões durante 12 semanas. Cada participante recebeu o passaporte (manual do protocolo) pelo correio e realizou os exercícios em casa com a presença de um acompanhante adulto. A pesquisadora entrou em contato com os participantes, semanalmente, por videoconferência, para acompanhamento dos exercícios, auxiliando em possíveis dúvidas e problemas juntamente com a avaliação da aceitação dos exercícios, que está descrita a seguir.

Cada passaporte de exercício contém todos os movimentos ilustrados com posição inicial, desempenho, posição final, riscos e contraindicações descritos. Todos os passaportes devem ser realizados em uma rotina diária de 30 a 45 minutos, de segunda a sexta-feira, durante 12 semanas, totalizando 60 sessões.

Cada passaporte contém um diário de atividades para que o participante possa acompanhar seu progresso. Nas sessões “CIRCUITO” deverão ser realizados os exercícios de circuito completo, e nas sessões “CAMINHADA” deverá ser realizada apenas a caminhada. Os passaportes com sinal “+” (B+ e C+) são para aqueles que, pela avaliação física, foram

considerados com risco de quedas. Os passaportes de exercício foram publicados por Izquierdo et al.²⁰ e estão disponíveis em: <https://vivifrail.com>.

Os principais desfechos foram aceitação e adequação do programa de exercícios durante 12 semanas. Na ausência de um instrumento adequado às necessidades da pesquisa, os pesquisadores desenvolveram um questionário com o objetivo de conhecer as dificuldades e aceitação dos longevos com o exercício proposto. O instrumento não foi validado. O questionário de aceitação foi baseado em seis obstáculos que os idosos enfrentam ao tentar fazer exercício físico de acordo com o capítulo “Exercício e atividade física para todos” do livro de González et al.²¹.

O questionário foi aplicado semanalmente pela pesquisadora, por meio de videoconferência, durante as 12 semanas do protocolo de exercícios. Inicialmente, os participantes responderam sobre a importância atribuída à realização de exercícios físicos por meio de uma escala Likert com 5 níveis, variando de muito pouco ou nada importante (zero pontos) a extremamente importante (4 pontos). A segunda questão investiga a aceitação dos participantes ao realizar o exercício utilizando a mesma escala da questão inicial. A terceira, pergunta sobre o desconforto dos participantes ao realizar o exercício, e as opções de resposta foram: Muito pouco/Nada (4); Pouco (3); Indiferente/Suficiente (2); Muito (1); Extremamente (alto)/Demasiado (0). A quarta questão investiga o quão difícil foi a realização dos exercícios, e as respostas seguiram a mesma escala da terceira questão. A quinta questão teve como objetivo saber o que os participantes achavam sobre o tempo necessário para fazer o exercício, e as opções de resposta foram: Muito pouco/Nada

Quadro 1. Classificação dos passaportes de acordo com o resultado da avaliação. Porto Alegre/RS, 2021.

Pontos SPPB	Classificação
0-3	A: Incapacidade
4-6	B: Frágil
7-9	C: Pré-frágil
10-12	D: Robusto

Fonte: IZQUIERDO et al.¹⁸.

(0); Pouco (2); Indiferente/Suficiente (4); Muito (2); Extremamente (alto) / Demasiado (0). A sexta questão investiga se os exercícios podem auxiliar o participante nas atividades diárias, e as opções de resposta são as mesmas da questão inicial. Após cada pergunta os participantes responderam o motivo de sua escolha. Essa questão ajudou a pesquisadora a compreender as dificuldades e desconfortos dos participantes, adaptando alguns exercícios de acordo com as necessidades e limitações de cada um.

A pontuação do questionário proposto varia de 0 a 24 pontos, sendo que quanto mais próximo de 24 pontos maior é a aceitação com o exercício.

O questionário de aceitação foi validado por meio da avaliação da consistência interna pelo *alfa de Cronbach*. O teste estima a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa²². Freitas e Rodrigues²³ sugerem classificar a confiabilidade do coeficiente *alfa de Cronbach* de acordo com os seguintes limites: A. a $\leq 0,30$ – Muito baixa / B. $0,30 < a \leq 0,60$ – Baixa / C. $0,60 < a \leq 0,75$ – Moderada / D. $0,75 < a \leq 0,90$ – Alta / E. $a > 0,90$ – Muito Alta.

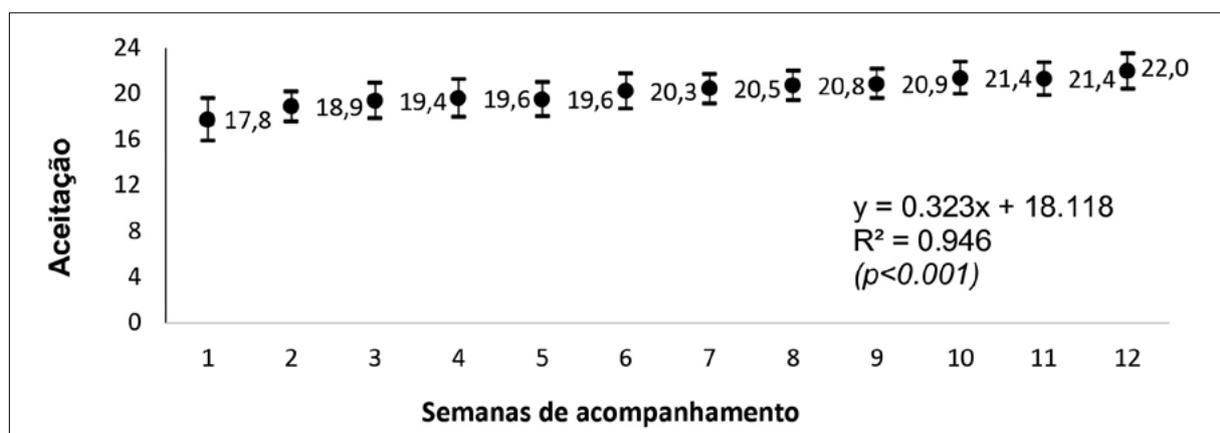
A avaliação produziu um valor de aceitação para cada participante ao final de cada sessão. O coeficiente de correlação de Person testou a correlação do grau de aceitação em cada avaliação e o tempo de acompanhamento. A significância estatística foi aceita quando $p < 0,05$.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente Ana Paula Tiecker (ana.tiecker96@edu.pucrs.br).

RESULTADOS

Dos 20 participantes avaliados no início do estudo, 14 deles (70%), com idade média de $89,07 \pm 6,30$ anos, concluíram o estudo. Os motivos das seis (30%) desistências foram: doença osteoarticular em dois (33%) e falta de vontade de continuar em quatro (67%). Quanto ao sexo, cinco (83%) dos que não aderiram eram mulheres e um (17%) era homem. A média de idade desse grupo foi de $93,8 \pm 3,96$ anos. A Figura 1 mostra um aumento crescente na aceitação durante o período de 12 semanas. O resultado do coeficiente de correlação de Person observou que, com correlação de 95%, houve aumento de 0,323 pontos na aceitação em cada semana, sendo $17,8 \pm 3,51$ pontos no início, atingindo $22 \pm 2,94$ pontos no final. Além disso, ao final do período de 12 semanas, os participantes tiveram aumento médio de 4,2 pontos, com correlação significativa ($p < 0,001$ e poder amostral $> 0,99$). O poder estatístico foi calculado pelo software G*Power assumindo probabilidade de erro alfa de 0,001, tamanho de amostra de 14 e tamanho de efeito de 50 (máximo permitido pelo programa).



Fonte: Os autores, 2022. Notas: R2= Coeficiente de correlação.

Figura 1. Gráfico da aceitação do exercício de acordo com as semanas de acompanhamento. Porto Alegre/RS, 2021.

Apenas dois participantes não melhoraram a aceitação por dor ou falta de comprometimento e quatro (28,6%) necessitaram de algum ajuste no exercício. Entre eles estava um participante que sofria de problemas osteoarticulares e precisou de uma troca quase completa do passaporte devido a dores e desconfortos. Outro participante necessitou de ajustes por um curto período, devido a um quadro inflamatório no joelho e por isso foi necessário suspender dois exercícios, sentar e levantar e subir e descer escadas. Dois participantes necessitaram aumentar os intervalos de descanso na caminhada devido ao cansaço extremo.

A análise de validação (consistência interna) foi de 66% incluindo todas as questões do questionário de aceitação. Ao retirar a questão cinco, devido a todos os participantes terem respondido que o tempo de exercício foi adequado durante as doze semanas de acompanhamento, a consistência interna subiu para 70%. Ambas as consistências são consideradas moderadas.

A maioria dos participantes apresentou melhora da aceitação com os exercícios propostos pelo ViviFrail® conforme Figura 1. Na avaliação subjetiva foi questionado o motivo de sua resposta ser “Muito pouco/Nada; Pouco; Indiferente/Suficiente; Muito; Extremamente (alto)” de acordo com o questionário. As respostas mais representativas estão apresentadas no Quadro 2.

Quanto à importância da realização dos exercícios propostos, 12 (85%) acharam importante ou extremamente importante a realização dos exercícios, pois o exercício deixa-os mais dispostos, ajuda a diminuir a dor, pode ajudar nas atividades diárias e porque o corpo precisa se manter saudável. Durante as 12 semanas de acompanhamento, a importância atribuída aos exercícios permaneceu inalterada para os 12 participantes. No entanto, dois participantes (15%), que inicialmente não consideravam importante, mudaram suas perspectivas, com um considerando de pouca importância e o outro atribuindo muita importância.

Quando questionados sobre a satisfação com os exercícios propostos, 13 (93%) participantes ficaram

satisfeitos desde a primeira semana. Apenas um (7%) participante respondeu que era indiferente, pois estava com dificuldade para realizar os exercícios. Observou-se que com o passar das semanas a satisfação dos demais participantes melhorou ainda mais. O mesmo participante permaneceu insatisfeito durante as semanas de acompanhamento porque só gostava de caminhar e estava mais envolvido com um hobby (consertar móveis). Após alguns ajustes, o participante melhorou sua motivação, mas permaneceu insatisfeito. Ao final das doze semanas, os participantes, em geral, estavam muito satisfeitos com os exercícios.

Em relação ao desconforto da prática de exercícios, dez (71%) participantes sentiram algum desconforto na primeira semana. Os desconfortos relatados foram: cansaço e dores durante ou após o exercício. No início do programa, dois participantes sentiram dor durante um alongamento específico dos membros superiores e outro desenvolveu dor no joelho. Após algumas alterações no protocolo, excluindo ou reduzindo exercícios que possivelmente agravavam os sintomas, foi possível aliviar a dor e melhorar a aceitação. Após seis semanas, o cansaço permaneceu para seis (42%) participantes e a dor diminuiu para aqueles que relataram no início do estudo, apenas um participante passou a apresentar dores durante as semanas de acompanhamento. A dor era decorrente de uma patologia osteoarticular, mas, segundo o participante, alguns exercícios exacerbavam a dor. Para o restante dos participantes, o desconforto não estava mais presente. Ao final das doze semanas, dois (14%) participantes continuaram com algum desconforto, um devido ao cansaço no exercício de caminhada, mas que já havia diminuído consideravelmente desde o início do protocolo, e o outro devido a dor em decorrência da patologia osteoarticular.

Sete (50%) participantes acharam muito ou extremamente difícil realizar os exercícios propostos na primeira semana, principalmente devido ao tempo que estiveram sem praticar exercícios. O exercício que os participantes tiveram mais dificuldade foi a caminhada no tempo proposto pelo passaporte. Alguns participantes enfrentaram dificuldade mesmo com intervalos de descanso na caminhada. O alongamento

dos membros superiores, para dois participantes, também foi difícil. A dificuldade melhorou com o ajuste dos exercícios, maiores intervalos na caminhada e troca do exercício de alongamento. Com o passar das semanas, os participantes sentiram menos dificuldade e a cada semana eles se sentiam melhor. Dez (71%) relataram sentir muito pouca ou pouca dificuldade ao final das doze semanas.

Em relação ao tempo de exercício, da primeira até a última semana todos acharam o tempo adequado. Dez (71%) participantes relataram que o exercício pode ajudar nas atividades do dia a dia. Com o passar das semanas, não só os participantes, mas também os cuidadores ou familiares relataram melhoras físicas e maior facilidade dos participantes para realizar suas atividades diárias.

Quadro 2. Descrição da avaliação subjetiva dos participantes que responderam ao questionário de aceitação durante as semanas de acompanhamento. Porto Alegre-(RS), 2022.

	Final da primeira semana	Final da sexta semana	Final da décima segunda semana
Importância da realização dos exercícios	A grande maioria achou importante: “Porque o exercício faz você se sentir com mais energia”; “Ajuda a reduzir a dor, pode ajudar nas atividades do meu dia a dia”; “Porque o corpo precisa se manter saudável”.	A grande maioria continuou relatando a mesma importância, enquanto outros começaram a ver com maior importância.	A grande maioria dos participantes relatou que os exercícios propostos foram muito importantes, entre os relatos ouvidos esteve: “Minha condição física melhorou depois dos exercícios, meus movimentos estão melhores. Acho extremamente importante”; “Posso caminhar com mais facilidade e firmeza”.
Satisfação na realização dos exercícios	A grande maioria dos participantes ficaram satisfeitos desde a primeira semana. Quanto ao motivo foi: “Porque me sinto melhor”; “Porque eu posso fazer todos eles”; “Porque está ajudando nas minhas dores”. Apenas um participante respondeu com indiferença, pois estava com dificuldade para realizar os exercícios que, ao longo das semanas, foram ajustados.	A maioria dos participantes ficaram satisfeitos com os exercícios. Apenas um participante não se mostrou satisfeito e adepto a prática dos exercícios, o motivo alegado pelo participante foi que ele não gostava de se exercitar, apenas gostava de caminhar. Fizemos alguns ajustes nos exercícios e o incentivamos a fazer o máximo de vezes na semana (até 5 vezes).	Os participantes ficaram muito satisfeitos com os exercícios, entre os relatos esteve: “Estou satisfeito, porque minha condição física melhorou muito. Estou andando com mais facilidade e isso me deixa feliz”; “Porque nessas doze semanas eu gostei. Era minha esperança melhorar um pouco e eu consegui.” O participante que não estava satisfeito e adepto ao protocolo de exercícios continuou da mesma forma, pois não gostava de se exercitar.
Desconforto ao realizar os exercícios	A grande maioria sentiu algum tipo de desconforto, incluindo cansaço e dor durante ou após o exercício. A dor durante o exercício esteve presente em dois participantes e para ambos estava relacionada a um alongamento dos membros superiores que sofreu algumas modificações para melhorar a aceitação. Outro participante apresentou dor devido a uma inflamação no joelho. Para melhorar a aceitação fizemos alterações nos exercícios que possivelmente pudessem ter agravado os sintomas.	O cansaço permaneceu para alguns participantes e a dor diminuiu para a maioria que relatou. Um dos participantes passou a apresentar dores durante as semanas de acompanhamento, a dor era decorrente de uma patologia osteoarticular e alguns exercícios, segundo o participante, pioravam a dor. Para que os participantes continuassem realizando o protocolo, algumas alterações foram feitas.	Ao final das doze semanas, apenas dois participantes permaneceram com desconforto para realizar os exercícios. Um devido ao cansaço que sentia durante as caminhadas e o outro devido a dor por patologia osteoarticular.

continua

Continuação do Quadro 2

Dificuldade para realizar os exercícios	Metade dos participantes achou um pouco difícil ou extremamente difícil realizar os exercícios propostos na primeira semana. Alguns dos motivos dado por eles foi: “Estou muito tempo sem fazer exercícios”; “Não faço mais nada, nem saio mais de casa”. O exercício que mais dificultou foi o tempo de caminhada. Dois participantes precisaram aumentar o tempo de descanso na caminhada.	A dificuldade foi melhorando entre os participantes que relataram, a cada semana eles se sentiam melhores e mais dispostos. Apenas dois participantes relataram alguma dificuldade durante esse período: um por ainda se sentir muito cansado durante o tempo de caminhada e o outro por dor devido a uma patologia osteoarticular.	Apenas dois participantes continuaram sentindo dificuldades: um devido ao cansaço no tempo de caminhada, mas que estava relacionado a sua capacidade funcional muito reduzida e outro por sofrer dores devido a patologia osteoarticular. Ambos relataram que durante as doze semanas sentiram a dificuldade diminuir.
Tempo para execução dos exercícios	Todos acharam que o tempo de exercício foi adequado.	Permaneceu adequado para todos.	Permaneceu adequado para todos.
Os exercícios podem ajudar nas atividades de vida diária?	A maioria dos participantes relatou suas expectativas em relação ao exercício físico, podemos observar alguns relatos a seguir: “Acho que o exercício vai me ajudar a andar melhor”; “Vai me dar mais força para fazer as tarefas aqui em casa”; “Sinto que vai me ajudar muito, me sinto mais forte agora”; “Quando a pandemia passar quero estar bem para poder fazer as mesmas atividades de antes e os exercícios podem me ajudar”	Com o passar das semanas os relatos foram mudando. A grande maioria começou a relatar suas melhoras na parte física, como caminhar melhor e fazer suas atividades do dia a dia com menos dificuldade.	Ao final das doze semanas, os participantes puderam relatar as melhoras que observaram em seu físico, havendo também alguns relatos de cuidadores ou familiares. Os relatos foram: “Tenho me alimentado sozinho todos os dias, estou mais seguro”; “Sinto que tenho mais energia, consigo fazer mais atividades em um dia do que antes”; “Cuidadora do participante: Ela consegue levantar da cama sem muita ajuda e se vestir também”; “Filha do participante: não preciso mais ajudar ele a levantar da cadeira, ele pega o andador e levanta sozinho”; “estou andando sem andador, agora só uso bengala, estou mais forte”; “Melhorou a minha mobilidade e a capacidade de fazer coisas com os braços e as mãos.”; “Depois que comecei os exercícios não senti mais dores nas pernas”.

DISCUSSÃO

Os principais achados do presente estudo demonstram que o programa de exercícios multicomponentes domiciliares com duração de 12 semanas, com acompanhamento semanal via videoconferência foi bem aceito, com aceitação progressiva ao longo do programa e com melhora subjetiva relatada pelos participantes. O

acompanhamento semanal, com a aplicação do questionário de aceitação por videoconferência, permitiu observar boa aceitação dos participantes quanto aos exercícios propostos pelo ViviFrail®. Além disso, o programa se mostrou adequado para esta população, uma vez que o presente trabalho foi realizado em um momento único para os participantes, ajudando-os a enfrentar o momento vivido pela pandemia de covid-19.

A aceitação é primordial para a adesão e para os resultados dos tratamentos propostos²⁴, sendo que os longevos são o grupo da população que menos adere a exercícios físicos^{13,25}. No estudo de Lopes et al.²⁵ foi demonstrado que o local onde são praticadas atividades físicas é muito importante para a aceitação dos longevos. Locais adequados facilitariam a adesão de pessoas idosas ativas e inativas. Além disso, um local mais próximo de casa facilita a participação, pois as pessoas idosas, principalmente mulheres, têm dificuldade em sair de casa^{25,26}. Adicionalmente, os participantes vivenciaram momentos de isolamento social devido à pandemia de covid-19, e, portanto, reduziram a prática de exercícios físicos, apesar do incentivo dado pelos órgãos governamentais de saúde^{14,27}. Assim, as atividades realizadas em casa poderiam ser mais bem aceitas por esses indivíduos.

Outro fator que compromete a aceitação é impulsionado pela crença de que uma intervenção será eficaz (ou seja, a expectativa de resultado) e o indivíduo seguir a intervenção (ou seja, a expectativa de eficácia)^{25,28}. Nosso estudo realizou acompanhamento semanal por videoconferência, o que permitiu que os longevos realizassem uma autoanálise semanal ajudando-os a perceber suas dificuldades e suas melhoras a cada semana e, se necessário, a adequação dos exercícios contribuindo assim para a melhora da aceitação. A literatura também mostra que um fator importante antes de iniciar um programa de exercícios é que o participante receba uma descrição verbal e escrita detalhada do programa. A descrição deve incluir frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão do exercício²⁹. Uma descrição clara do programa ajuda a manter a motivação e a adesão, tal como no nosso estudo. Até onde sabemos, existem poucos dados sobre a aceitação de protocolos de exercícios para a população idosa, portanto, este é o primeiro estudo que avalia esses resultados nessa população.

A aceitação dos participantes nos programas de exercícios é fundamental para o sucesso dos resultados. Durante o período em que ocorreu o presente estudo, alguns estudos sugeriram estratégias para minimizar os efeitos do isolamento social, especialmente para as pessoas idosas, em que as repercussões da inatividade física são muito

maiores^{15,30}. Chaabene et al.¹⁶, em um estudo de meta-análise, analisaram os efeitos de programas on-line de exercícios domiciliares sobre a aptidão física de idosos saudáveis. Os exercícios domiciliares podem melhorar componentes da aptidão física e habilidades funcionais relacionados à saúde (como força, resistência muscular e equilíbrio). No Brasil, um dos poucos estudos com intervenção on-line na pandemia apresentou relato de experiência com apenas uma pessoa idosa, mostrando que a proposta do trabalho remoto foi uma experiência positiva, tanto na forma de organização quanto na sua execução, levando a pessoa idosa a aderir em uma direção positiva³¹. Assim, o exercício físico orientado por videoconferência, quando bem aceito pelos idosos, surge como um importante aliado para reduzir os efeitos do sedentarismo.

Visto a carência de estudos que investigam a aceitação de protocolos de exercícios físicos domiciliares, buscamos amparar nossos resultados com estudos diversos que avaliaram a aceitação. Assim, Bower et al.³², avaliou entre outros desfechos, a aceitação de um programa de exercícios baseados na tecnologia de jogos interativos e, assim como em nosso estudo, observou uma boa aceitação por parte da maioria dos participantes da pesquisa (92,5%), e ainda observou uma melhora progressiva da aceitação conforme eles realizaram adaptações nos jogos interativos, o que pode sugerir que a aceitação envolve diversas facetas do comportamento humano, se relacionando diretamente com adesão e permanência em um programa de exercícios físicos. Bacha et al.³³ avaliaram o controle postural de idosos em um estudo controlado e randomizado comparando a intervenção por meio de jogos Kinect Adventures versus fisioterapia convencional. Entre outros resultados, foram avaliadas a aceitabilidade e a adesão aos tratamentos. Quanto à aceitabilidade, ambos os grupos ficaram satisfeitos com os tratamentos e obtiveram 91% de adesão, sugerindo mais uma vez que a aceitação é necessária para melhor adesão às atividades propostas.

Em nosso estudo, exercícios multicomponentes foram administrados com sucesso por videoconferência, sem monitoramento presencial. A literatura recente mostra que exercícios realizados em casa com acompanhamento mínimo apresentam

resultados muito importantes para a saúde física da pessoa idosa³². Em uma meta-análise recente, Kis et al.³⁴ mostraram que mesmo o treinamento físico minimamente supervisionado em casa pode ser uma opção de exercício segura, eficaz e de baixo custo para aumentar a força muscular da parte inferior do corpo em pessoas idosas com diversas condições de saúde.

Existem algumas limitações neste estudo que devem ser reconhecidas. O pequeno número de participantes inscritos, não selecionados aleatoriamente, e a ausência de grupo controle podem limitar a generalização das conclusões com maior nível de evidência. O uso obrigatório de smartphone para este estudo não foi uma grande restrição à participação. A ausência de um instrumento de aceitação validado também é uma limitação deste estudo. Os resultados também podem ter sido influenciados pelo fato de o pesquisador que aplicou o instrumento de aceitação ter sido a mesma pessoa que orientou a intervenção proposta. O instrumento proposto apresentou consistência interna moderada. O cenário da pesquisa onde os participantes possuíam uma relação prévia e de confiança e o fato de terem sido contatados e acompanhados durante um período de vulnerabilidade psicológica podem ter favorecido os resultados positivos.

Contudo, essa relação de confiança deve existir entre os pacientes e todos os profissionais de saúde, por isso acreditamos que o mesmo ambiente pode ser replicado em outros serviços de saúde. É importante mencionar que este é o primeiro estudo brasileiro, até onde sabemos, que avaliou a aceitação do protocolo de exercícios multicomponentes ViviFrail® durante o período de isolamento social com monitoramento por videoconferência, sem contato presencial com os participantes, que trouxeram desafios que foram superados. Do ponto de vista prático, nossos achados sugerem boa aceitação e adequação de uma intervenção de exercício de baixo custo, fácil de seguir e monitorar, visando melhorar a capacidade funcional em longevos, principalmente em condições de isolamento social.

Deve-se também mencionar que programas domiciliares como o ViviFrail® parecem ser uma estratégia útil para disseminar a atividade física

em pessoas idosas, principalmente em longevos, para neutralizar resultados adversos associados ao comportamento sedentário nessa população.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra que um programa de treinamento domiciliar multicomponente e individualizado, com acompanhamento semanal por videoconferência durante doze semanas, parece ser bem aceito pelos longevos de Porto Alegre (RS) em período de isolamento social. O programa também se mostrou adequado para essa população. O questionário de aceitação foi eficaz em detectar barreiras ao exercício e apontar possíveis ajustes no programa de treinamento, menos de um terço dos participantes precisou ter o programa inicial proposto ajustado. O questionário proposto pode ser apresentado como sugestão para avaliação da aceitação de protocolos de exercícios na população longeva. Contudo, ainda carece de validação em estudos futuros, tendo em vista a carência desse tipo de avaliação.

O presente estudo conseguiu superar desafios não evidenciados em outros estudos, transformando uma situação inusitada, que foi o isolamento social causado pela covid-19, em um potencial novo campo de intervenção para os profissionais de saúde. Tanto que outros pesquisadores do grupo, ao observarem a aceitação do programa, passaram a aplicar o ViviFrail® em seus pacientes durante o atendimento on-line. Cientes de que o programa de exercícios multicomponentes pode ser desenvolvido de forma eficiente por videoconferência, futuros projetos de intervenção com tamanho amostral adequado e grupo controle, utilizando a mesma metodologia empregada, poderão proporcionar os benefícios sugeridos neste estudo.

AUTORIA

- Ana Paula Tiecker: responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

- Eduardo Lusa Cadore: delineamento, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.
- Mikel Izquierdo: delineamento, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.
- Gabriela Guimarães Oliveira Zmuda: revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.
- Francielle Bonett Aguirre: revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.
- Ângelo José Gonçalves Bós: responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health. WHO; 2015.
2. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cad Saude Publica* 2014;30(6):1143–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00148213>.
3. Lins MM, Marques APO, Leal MCC Barros RL. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. *Saúde Debate* 2019; 43(121): 520-529. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912118>
4. Bielemann RM, Silva BGC, Collic VN, Xavier MO, Silva SG. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. *Rev Saúde Pública* 2015;49(75):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005650>.
5. Unningham C, O' Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sports*. 2020 May;30(5):816-827. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sms.13616>. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32020713.
6. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, Mechelen WV. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016;388(10051):1311-1324. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
7. World Health Organization. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2019. WHO; 2019.
8. Ferraz SP, Batista MSS. A relevância de programas de exercícios resistidos no tratamento e prevenção da sarcopenia em idosos: uma revisão integrativa. *Resar, Society and Develop* 2021;10(15):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23362>
9. Hou N, Sun X. Effect of aerobic exercise on neuromuscular quality in the elderly. *Rev Bras Med Esporte* 2022;28(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23362>
10. Carvalho CBO, Dias ALM, Caldas LRR, Carneiro-Júnior MA. O método Pilates e sua influência na capacidade funcional do idoso: uma revisão sistemática. *Revista Kairós-Gerontologia* 2017;20(3):223–235. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p223-235>
11. World Health Organization. Recomendações globais sobre atividade física para a saúde. Genebra: WHO; 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/978924>
12. Krug RR, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 2015;21(1):57–64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922015000100057&lng=pt&tlng=pt
13. Biehl-Printes C, Brauner FDO, Rocha JDP, Oliveira G, Neris J, Rauber B, et al. Prática de exercício físico ou esporte dos idosos jovens e longevos e o conhecimento dos mesmos em programas públicos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *PAJAR* 2017;4(2):47. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/pajar/article/view/25276>
14. López-Sánchez GF, López-Bueno R, Gil-Salmerón A, Zauder R, Skalska M, Jastrzębska J, et al. Comparison of physical activity levels in Spanish adults with chronic conditions before and during COVID-19 quarantine. *Eur J Public Health* 2020;31(1):161-166. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/ckaa159/5882018>

15. Rocha MS, Longo PL, Montiel JM. Utilização de smartphones por idosos durante o distanciamento físico causado pelo covid-19. *Tecnologias em projeção* 2021;12(1):9–17.
16. Chaabene H, Prieske O, Herz M, Moran J, Höhne J, Kliegl R, et al. Home-based exercise programmes improve physical fitness of healthy older adults: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis with relevance for COVID-19. *Ageing Research Reviews*. 2021;67:101265. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101265>.
17. Liu-Ambrose T, Davis JC, Best JR, Dian L, Madden K, Cook W, Hsu CL, Khan KM. Effect of a Home-Based Exercise Program on Subsequent Falls Among Community-Dwelling High-Risk Older Adults After a Fall: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;321(21):2092-2100. Disponível em: [10.1001/jama.2019.5795](https://doi.org/10.1001/jama.2019.5795). Erratum in: *JAMA*. 2019 Jul 9;322(2):174. PMID: 31162569; PMCID: PMC6549299.
18. Izquierdo M, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Martínez-Velilla N, Alonso-Bouzon C, Rodríguez-Mañas L. *ViviFrail - A Practical Guide for Prescribing a Multi-Component Physical Training Program to prevent weakness and falls in People over*. ResearchGate. 2016 [Posted in Dez. 2016; Acesso em: 20 ago. 2020]. 70 p. 66.
19. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. WMA; 2018. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
20. Izquierdo M, Casas-Herrero A, Martinez-Velilla N, Alonso-Bouzn C, Rodriguez-Manas L. Un ejemplo de cooperación para la implementación de programas relacionados con el desarrollo de ejercicio en ancianos frágiles: programa europeo Erasmus + «Vivifrail». *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2017;52(2):110–1. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-un-ejemplo-cooperacion-implementacion-programas-S0211139X1630004X>.
21. González V, Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Minor M. *Assumindo o Controle de sua Saúde: autocuidado de doenças cardíacas, artrose, diabetes, depressão, asma, bronquite, enfisema e outras condições físicas e mentais*. 4º. Porto Alegre: ediPUCRS; 2017. Cap 7. Exercício para flexibilidade, força e equilíbrio: facilitando a vida ;p.412 .
22. Rego Monteiro H, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção* 2010;11(2):85–103. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/viewFile/9321/8252>
23. Freitas ALP, Rodrigues SG. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. ResearchGate. 2005 [Posted in 2005; Access at 20 ago. 2020]. 16 p. 1-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236036099_A-avaliacao-da-confiabilidade-de-questionarios-uma-analise-utilizando-o-coeficiente-alfa-de-Cronbach.
24. Costa MES, Braga LC, Cardoso LR, Mokfa GV, Santos FR dos. Principais fatores assinalados por pacientes hipertensos para não adesão ao tratamento e controle da pressão arterial. *SciGen* 2022;3(1):206-14. Disponível em: <http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/390>
25. Lopes MA, Krug RDR, Bonetti A, Mazo GZ. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2016;38(1):76–83.
26. Wilcox S, Tudor-Locke CE, Ainsworth B. Physical activity patterns, assessment, and motivation in older adults. *Physical Activity and Aging* ResearchGate. 2001 [Posted in ago 2001; Access at 20 ago. 2020]. 13-39 Disponível em: <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/physical-activity-patterns-assessment-and-motivation-in-older-adu>
27. Schuch FB, Bulzing RA, Meyer J, López-Sánchez GF, Grabovac I, Willeit P, et al. Moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior change in self-isolating adults during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional survey exploring correlates. *medRxiv* 2020;1–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.07.15.20154559>
28. Flegal KE, Kishiyama S, Zajdel D, Haas M, Oken BS. Adherence to yoga and exercise interventions in a 6-month clinical trial. *BMC Complement Altern Med* 2007;9(7):37. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-7-37>.
29. Rivera-Torres S, Fahey TD, Rivera MA. Adherence to Exercise Programs in Older Adults: Informative Report. *Gerontol Geriatr Med* 2019;5:233372141882360. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2333721418823604>

30. Machado CLF, Pinto RS, Brusco CM, Cadore EL, Radaelli R. COVID-19 pandemic is an urgent time for older people to practice resistance exercise at home. *Exp Gerontol.* 2020;141:111101. Disponível em: <https://doi/10.1016/j.exger.2020.111101>.
31. Paulino AC, Vendruscolo R. Vó, sai do celular! Um relato da proposta de aulas remotas de educação física idosos durante a pandemia. *Cadernos de Formação RBCE.* 2021;12(1):102–17. Disponível em: <https://doi/10.1016/j.exger.2020.111101>
32. Bower KJ, Louie J, Landesrocha Y et al. Clinical feasibility of interactive motion-controlled games for stroke rehabilitation. *J NeuroEngineering Rehabil* 2015;12 (63). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12984-015-0057-x>
33. Bacha JMR, Gomes GCV, de Freitas TB, Viveiro LAP, da Silva KG, Bueno GC, et al. Effects of Kinect Adventures Games Versus Conventional Physical Therapy on Postural Control in Elderly People: A Randomized Controlled Trial. *Games Health* 2018;7(1):24-36. Disponível em: <https://doi/10.1089/g4h.2017.0065>.
34. Kis O, Buch A, Stern N, Moran DS. Minimally supervised home-based resistance training and muscle function in older adults: A meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019 Sep 1;84:103909.



Comportamento preventivo contra covid-19 e sua relação com as condições sociais e de saúde de pessoas idosas

Preventive behavior against covid-19 and its relationship with the social and health conditions of older adults

Isabella Risi Dias¹

Vitória Rocha Janhaque¹

Vanessa Aparecida Vilas-Boas²

Suzimar de Fatima Benato Fusco³

Daniella Pires Nunes³

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil de comportamento preventivo contra covid-19 adotado pelas pessoas idosas e verificar sua relação com as condições sociais e de saúde. **Método:** Estudo transversal e analítico realizado com 72 indivíduos (≥ 60 anos) cadastrados em uma Universidade Aberta para Pessoas Idosas, no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Os participantes foram contatados por meio de ligações telefônicas, no período de novembro de 2020 a junho de 2021. Um total de 11 medidas preventivas foram analisadas para a identificação dos comportamentos adotados pelas pessoas idosas contra covid-19. Para a análise dos dados, utilizaram-se análise de componentes principais, testes qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com 95% de confiança. **Resultados:** A adoção de comportamentos preventivos foi avaliada por meio das atividades de: higienização das mãos com água e sabão, uso do álcool em gel, uso de máscara facial e distanciamento social. A maioria dos indivíduos mencionou a adoção de comportamentos preventivos (79,2%), e verificou-se que aqueles com renda inferior a quatro salários-mínimos apresentaram maiores proporções de comportamento (87,5%) quando comparados aos indivíduos de renda superior a 10 salários-mínimos (46,2%) ($p=0,038$). **Conclusão:** Houve adoção às medidas preventivas para covid-19 pelos idosos, influenciada pela renda. Os achados ressaltam a importância de estratégias educativas para promoção de comportamentos preventivos em saúde, considerando o contexto social.

Palavras-chave: Idoso.
Infecções por Coronavírus.
Comportamentos
Relacionados com a Saúde.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas, SP, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Área de Fundamentos de Enfermagem. Campinas, SP, Brasil.

³ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Campinas, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão (FAEPEX) da Unicamp e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/*Correspondence*

Isabella Risi Dias

i245291@dac.unicamp.br

Recebido: 05/04/2023

Aprovado: 31/10/2023

Abstract

Objective: To delineate the profile of preventive behavior against covid-19 adopted by older adults and investigate its correlation with social and health conditions. **Method:** A cross-sectional and analytical study conducted with 72 individuals (≥ 60 years) enrolled in an Open University for Older Adults in the municipality of Campinas, São Paulo, Brazil. Participants were contacted via telephone from November 2020 to June 2021. A total of 11 preventive measures were scrutinized to identify the behaviors adopted by older adults against covid-19. Data analysis employed principal component analysis, Pearson's chi-square tests, and Fisher's exact tests, with a confidence level of 95%. **Results:** The adoption of preventive behaviors was assessed through activities such as hand hygiene with soap and water, use of hand sanitizer, wearing facial masks, and practicing social distancing. The majority of individuals reported the adoption of preventive behaviors (79.2%), and it was observed that those with incomes below four minimum wages exhibited higher proportions of compliance (87.5%) compared to individuals with incomes exceeding 10 minimum wages (46.2%) ($p=0.038$). **Conclusion:** Preventive measures against covid-19 were embraced by the older adults, influenced by income. The findings underscore the significance of educational strategies for fostering health preventive behaviors, taking into account the social context.

Keywords: Aged.
Coronavirus Infections.
Health Behavior.

INTRODUÇÃO

A doença por coronavírus (covid-19) acomete o sistema respiratório, causando uma síndrome respiratória aguda grave (SARS). O epicentro dessa doença foi a capital Wuhan na província de Hubei na China, que reportou os casos desde dezembro de 2019, tentando conter a patogenia¹. Entretanto, a covid-19 se espalhou rapidamente pelo mundo e foi classificada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020².

No Brasil, até o dia 08 de setembro de 2023, o número acumulado de pessoas infectadas era de 37.783.855 e o de óbitos era de 705.172³. Dentre o número de óbitos, destaca-se maior prevalência entre as pessoas idosas, classificados como grupo de risco. Esse grupo possui maior vulnerabilidade em virtude da imunossenescência, presença de múltiplas doenças crônicas como hipertensão, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, que potencializam a covid-19⁴.

Dessa maneira, tornou-se fundamental a adoção de medidas preventivas, como a higienização das mãos, utilização de álcool em gel, uso de máscara facial, distanciamento social, evitar aglomerações em locais públicos ou festas domiciliares, com o propósito de mitigar a disseminação da covid-19. Essas medidas se mantiveram cruciais até que a

doença fosse controlada, especialmente antes da implementação da vacinação⁴.

Todas essas medidas são importantes visto que o coronavírus possui elevada capacidade para mutações, gerando novas cepas com diferentes graus de virulência, podendo aumentar a proporção de casos graves ou letais⁴. Além disso, assim como ocorreu com o vírus Influenza, acredita-se que o SARS-Cov-2 continuará circulando entre a população e causando pequenos surtos, possivelmente em épocas sazonais⁵.

A adoção de novos comportamentos leva em consideração o contexto cultural, características individuais que estão atreladas à determinada comunidade⁶. Estudos apontaram elevada adesão de comportamentos preventivos na população idosa^{7,8}, que pode ser explicada pela atitude de prevenção devido à susceptibilidade e severidade da doença, e pela influência da família, dos amigos e dos meios de comunicação⁹⁻¹¹. Outras condições podem influenciar indiretamente a adoção de comportamentos à saúde como condições demográficas, psicossociais e estruturais¹¹. Um estudo demonstrou maior adoção de medidas preventivas em mulheres mais velhas e com níveis altos de escolaridade comparada aos homens¹². Também foi encontrada relação entre o medo de adquirir a patogenia e o aumento de comportamentos de proteção, principalmente em idosos com multimorbidade^{12,13}.

Considerando que a adoção de medidas preventivas contra a disseminação do vírus é influenciada pelo contexto individual, familiar e social, este estudo concentrou-se em investigar as pessoas idosas que participam do Programa de Universidade Aberta para a Pessoa Idosa (UAPI). Esse grupo foi selecionado como objeto de pesquisa devido à sua participação social ativa, o que sugeriria uma maior probabilidade de adotar comportamentos preventivos.

Este estudo será relevante para a compreensão da adoção a comportamentos de saúde pelas pessoas idosas e, também, direcionará os profissionais de saúde na elaboração de estratégias educativas assertivas para uma melhor adesão ao comportamento de saúde, desmistificando crenças e informações errôneas sobre as medidas de proteção da covid-19.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil de comportamento preventivo contra covid-19 adotado pelas pessoas idosas e verificar sua relação com as condições sociais e de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado com participantes de uma UAPI, em Campinas (SP). A UAPI é um programa de caráter social cujo objetivo é proporcionar às pessoas (com idade ≥ 50 anos) da comunidade da universidade e do município a preparação da aposentadoria por meio da oferta semestral de oficinas, vivências e palestras. Justifica-se a escolha desse grupo por participarem de atividades que promovem conhecimentos sobre saúde, ampliação de laços sociais para uma melhor qualidade de vida, ressignificando o papel da pessoa idosa na comunidade.

Para o cálculo amostral, utilizou-se o software G*Power 3.1.9.2 e assumiu-se nível de significância de 5%, poder do teste de 80%, tamanho de efeito de 0,15 e um acréscimo de 20% para possíveis perdas, totalizando um número mínimo de 66 participantes. O critério de inclusão foi ter idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos os idosos não contatados por via telefônica após três tentativas, em dias e horários distintos.

A obtenção de dados foi realizada através de ligações telefônicas entre novembro de 2020 e junho de 2021. Durante essas ligações, aplicou-se um formulário composto por perguntas que abordavam aspectos demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e tópicos relacionados à covid-19. As entrevistas foram conduzidas por entrevistadores treinados e tinham uma duração que variava de 30 a 60 minutos.

No período de coleta de dados, as pessoas se encontravam em isolamento social, contudo já haviam flexibilizações quanto ao trânsito de pessoas e comércios bem como o início da vacinação contra a covid-19 em janeiro de 2021¹⁴.

As medidas preventivas contra covid-19 avaliadas foram: lavar as mãos, evitar encontros sociais, usar máscara facial, distanciamento social, usar álcool em gel, evitar supermercado/farmácia, etiqueta ao tossir, exercitar-se, evitar sair/caminhar, tossir no lenço e usar luvas. Cada medida foi descrita quanto à frequência (maioria das vezes, algumas vezes, raramente e nunca). Considerou como adoção de cada medida a resposta maioria das vezes e não adesão, algumas vezes, raramente e nunca. As demais variáveis do estudo foram:

- Características sociodemográficas: sexo (feminino; masculino), idade (<70 anos; ≥ 70 anos), mora sozinho (sim; não), renda (<4 salários-mínimos; 4 a 10 salários-mínimos; >10 salários-mínimos), escolaridade (≤ 12 anos; >12 anos);
- Condições de saúde: multimorbidade (referir duas ou mais doenças: hipertensão arterial, asma, bronquite ou enfisema, diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, osteoporose, doenças osteoarticulares, câncer, transtornos psiquiátricos); polifarmácia (o uso de cinco ou mais medicamentos em uso contínuo - sim; não) e autorrelato de medo e ansiedade;
- Tópicos sobre a covid-19: exposição à covid-19 (caso suspeito ou confirmado) e meios de recebimento das informações sobre a doença.

Os dados foram digitados em uma plataforma virtual e analisados no Programa Stata versão 17.0

(StataCorp.College Station, Estados Unidos; número 401706357306). Os comportamentos preventivos para covid-19 foram submetidos a uma análise de componentes principais, a fim de explorar a interdependência em dados multivariados.

Utilizou-se o critério de Kaiser para determinar o número de fatores a serem extraídos, o que implica na seleção dos componentes com autovalores superiores a 1,00. Para a identificação de comportamentos preventivos, considerou-se o componente com carga fatorial superior a um e sua variância explicativa. Mediante a seleção do componente, foram incluídos somente as variáveis que apresentaram pesos fatoriais com valores absolutos maiores que 0,25.

Para testar a associação entre comportamentos de proteção contra covid-19 e condições sociais e de saúde, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, a um nível de 5% de significância.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e os princípios éticos foram seguidos de acordo com

a Resolução nº 520/2016, cujo número do parecer é 4.152.788/2020. Todos os participantes realizaram a autorização verbal para participação no estudo, conferindo assim o termo de consentimento livre e esclarecido¹⁵.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente Isabella Risi Dias.

RESULTADOS

Um total de 72 participantes foram avaliados, sendo as medidas preventivas mais adotadas contra covid-19: lavar as mãos (97,2%) e evitar encontros sociais (97,1%) (Figura1).

A Tabela 1 aponta os autovalores, a porcentagem de variância que cada um dos componentes representa e o acumulado dessas porcentagens.

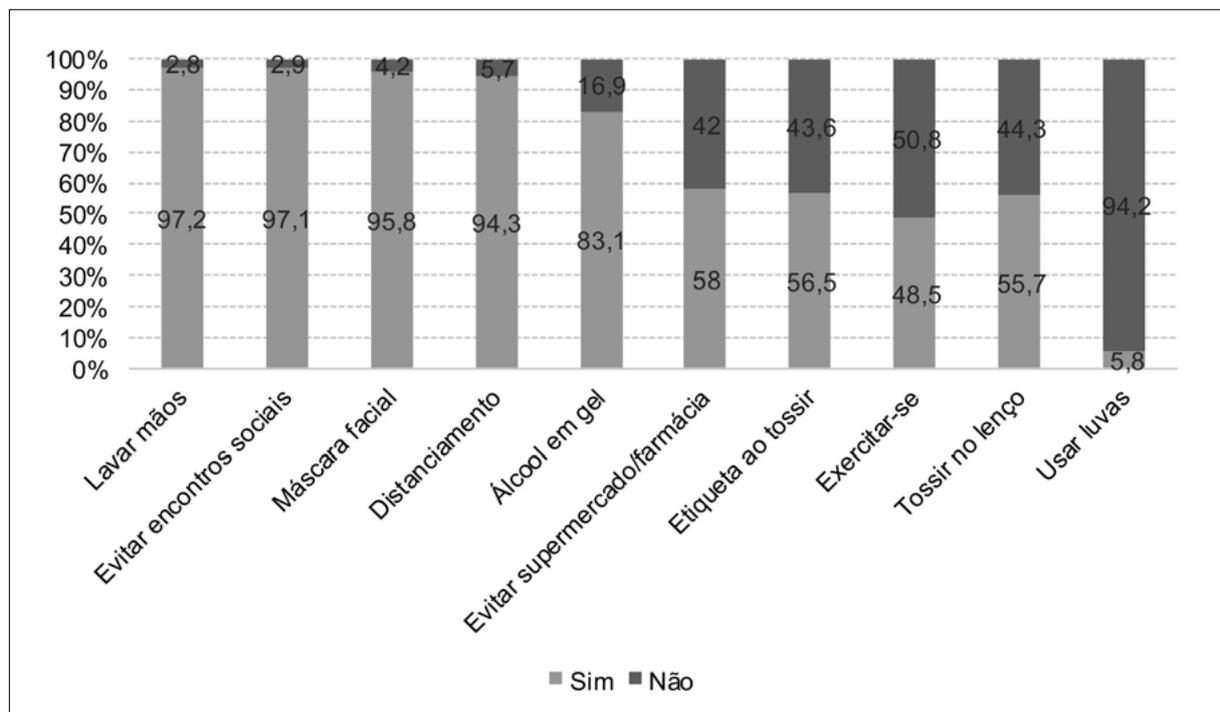


Figura 1. Distribuição (%) dos idosos segundo adoção de medidas preventivas (n=72). Campinas, São Paulo, 2020-2021.

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

Tabela 1. Autovalores e porcentagens de variância explicada dos componentes principais (n=72). Campinas, São Paulo, 2020-2021.

Componentes	Autovalores	% Variância	% Acumulada
1	3,02	27,48	27,48
2	1,39	12,66	40,14
3	1,34	12,16	52,30
4	1,08	9,91	62,20
5	1,04	9,48	71,68
6	0,82	7,51	79,19
7	0,78	7,12	86,31
8	0,69	6,24	92,55
9	0,56	5,11	97,66
10	0,19	1,75	99,41
11	0,06	0,59	100,00

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

Considerou-se a extração de cinco componentes por apresentarem autovalor superior a um. Para cada componente selecionaram-se as variáveis que apresentaram pesos fatoriais em valores absolutos maiores que 0,25 (Tabela 2). A partir disso, consideraram-se os seguintes componentes:

- Componente 1: composto por cinco comportamentos preventivos como lavar mãos, álcool em gel, uso de máscara facial, evitar encontros sociais e distanciamento social;
- Componente 2: compreendia os seguintes comportamentos preventivos como lavar mãos, álcool em gel, uso de máscara facial e evitar encontros sociais;
- Componente 3: englobava quatro comportamentos como lavar mãos, o uso de luvas, etiqueta ao tossir e evitar supermercado/ farmácia;
- Componente 4: envolvia os seguintes comportamentos como o uso do álcool em gel, tossir lenço, usar luvas, promover o distanciamento social e evitar sair e prática de caminhada;
- Componente 5: foi constituído por comportamentos tais como o uso de álcool em

gel, tossir no lenço, o uso de luvas e promoção do distanciamento social.

Em virtude de sua variância o componente 1 foi adotado para análise da adesão às medidas preventivas. Portanto, idosos que mencionaram lavar as mãos, usar álcool em gel, usar máscara facial, evitar encontros sociais e realizar o distanciamento social, com a frequência “na maioria das vezes”, foram considerados como aqueles que tiveram comportamentos preventivos para covid-19, totalizando 79,2% da amostra (Tabela 3).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (81,9%), com idade entre 60 e 69 anos (66,7%), escolaridade igual ou superior a 12 anos (80,9%), e salário inferior ou igual a 10 salários-mínimos (80,9%). Com relação à saúde, 50% dos idosos referiram multimorbidade e 18,1% mencionaram o uso da polifarmácia. Houve relação significativa entre renda e comportamento preventivo contra covid-19 ($p=0,038$). Idosos com renda inferior a quatro salários-mínimos apresentaram maiores proporções de comportamento (87,5%) quando comparados aos indivíduos de renda superior a 10 salários-mínimos (46,2%) (Tabela 3).

Tabela 2. Cargas fatorias, medida de adequação e unicidade dos comportamentos preventivos contra covid-19. Campinas, São Paulo, 2020-2021 (n=72).

Comportamentos preventivos contra covid-19	Cargas fatorias das medidas preventivas em cada componente					KMO por variável	Medida de unicidade
	1	2	3	4	5		
Lavar as mãos	0,27	0,48	-0,31	0,08	-0,07	0,35	0,32
Usar álcool em gel	0,28	-0,32	-0,15	0,38	0,35	0,34	0,30
Usar máscara facial	0,42	-0,36	-0,03	0,12	-0,03	0,49	0,28
Etiqueta ao tossir	0,25	-0,06	0,42	0,21	0,12	0,59	0,50
Tossir no lenço	0,04	0,40	0,25	-0,44	0,43	0,56	0,28
Usar luvas	0,05	0,18	0,36	0,28	-0,71	0,30	0,15
Evitar encontros sociais	0,52	0,26	-0,15	-0,16	-0,17	0,53	0,08
Distanciamento social	0,50	0,11	-0,23	-0,27	0,35	0,63	0,09
Evitar sair/ caminhar	0,16	0,06	0,30	0,46	-0,07	0,52	0,37
Evitar supermercado/ farmácia	0,24	0,06	0,53	-0,23	-0,01	0,60	0,37
Exercitar-se	0,08	-0,22	0,24	-0,19	-0,08	0,60	0,36

*KMO global=0,51. Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

Tabela 3. Distribuição (%) das pessoas idosas segundo características sociodemográficas, de saúde, de tópicos relacionados a covid-19 e adoção de comportamento preventivo durante a pandemia (n=72). Campinas, São Paulo, 2020-2021.

Características	Total n (%)	Comportamento preventivo		p-valor
		Sim n(%)	Não n(%)	
Sexo				0,330
Feminino	59 (81,9)	48 (81,4)	11 (18,6)	
Masculino	13 (18,1)	9 (69,2)	4 (30,8)	
Idade				0,218
< 70 anos	48 (66,7)	40 (83,3)	8 (16,7)	
≥ 70 anos	24 (33,3)	17 (70,8)	7 (29,2)	
Arranjo familiar				0,822
Unipessoal	27 (37,5)	21 (77,8)	6 (22,2)	
Multipessoal	45 (62,5)	36 (80,0)	9 (20,0)	
Escolaridade (n=68)				0,400
≤ 12 anos	13 (19,1)	9 (69,2)	4 (30,8)	
> 12 anos	55 (80,9)	44 (80)	11 (20)	
Renda (n=68)				0,038
< 4 salários-mínimos	24 (35,3)	21 (87,5)	3 (12,5)	
4 a 10 salários-mínimos	31 (45,6)	26 (83,9)	5 (16,1)	
>10 salários-mínimos	13 (19,1)	7 (46,2)	7 (53,8)	
Multimorbidade				0,772
Sim	36 (50,0)	28 (77,8)	8 (22,2)	
Não	36 (50,0)	29 (80,6)	7 (19,4)	

continua

Continuação da Tabela 3

Características	Total n (%)	Comportamento preventivo		p-valor
		Sim n(%)	Não n(%)	
Polifarmácia				0,330
Sim	13 (18,1)	9 (69,2)	4 (30,8)	
Não	59 (81,9)	48 (81,4)	11 (18,6)	
Ansiedade (n=71)				0,257
Sim	35 (49,3)	30 (85,7)	5 (14,3)	
Não	36 (50,7)	27 (75)	9 (25,0)	
Medo da covid-19 (n=71)				0,840
Sim	62 (87,3)	50 (80,7)	12 (19,3)	
Não	9 (12,7)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Total		57 (79,2)	15 (20,8)	

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

DISCUSSÃO

Este estudo relacionou as características sociais e de saúde, e comportamentos preventivos contra covid-19 entre participantes de uma UAPI. Nota-se que a maioria das pessoas idosas era do sexo feminino, sexagenários, com alta escolaridade e renda entre quatro e 10 salários-mínimos. Esse perfil predominantemente feminino se equipara a outros estudos, o que indica a feminização da velhice e um olhar voltado cada vez mais a essa parcela que envelhece de maneira diferente tanto em aspectos biológicos como psicossociais¹⁶⁻¹⁸.

Quanto à escolaridade e renda, os resultados apresentados divergem daqueles apresentados pela iniciativa ELSI, que contempla uma amostra de idosos da população brasileira. Provavelmente, por serem idosos que participam do programa UAPI tendem a apresentar maior escolaridade e incentivos a participar de uma educação ao longo da vida^{11,13, 19,20}.

Em relação às condições de saúde, a maior parte dos participantes apresentou multimorbidade e medo da covid-19, esses tópicos foram prevalentes nessa população pois há percepção da susceptibilidade de contrair a doença causada pelo processo de imunossenescência^{7,8}. Somado a isso tem-se o fato da dificuldade em obter informações e evidências sobre a covid-19, especialmente no início da

pandemia¹². Por outro lado, os programas da UAPI contribuem para a manutenção da participação social desse idoso o que pode acarretar uma percepção positiva de bem-estar e saúde. Tais iniciativas também auxiliam na construção de redes de apoio e promove integração do indivíduo, possibilitando a adoção de comportamentos preventivos de saúde^{21,22}. Durante a pandemia de covid-19 a Universidade criou e estabeleceu uma rede de apoio para os idosos por meio de ligações telefônicas, dessa maneira eles conseguiram partilhar seus questionamentos e manter sua rede de apoio ativa. Esse programa foi essencial para promoção da saúde e fortalecimento do vínculo para com os idosos durante o período da covid-19²³.

Neste estudo, a adoção de comportamentos preventivos foi avaliada por meio do relato de cuidados como lavar as mãos, evitar encontros sociais, usar máscara facial, fazer o distanciamento social e usar álcool em gel. As formas de se infectar com o coronavírus se dão de pessoa para pessoa através de gotículas, saliva ou aerossóis infectados ou a partir de objetos e superfícies contaminadas com o vírus²⁴. A lavagem das mãos com água/sabão e o uso do álcool em gel são indispensáveis, pois evitam a contaminação do ambiente se a pessoa estiver infectada e ainda são capazes de prevenir um indivíduo de se infectar caso entre em contato indireto com secreções/aerossóis²⁵. Essa é uma estratégia fácil

de ser compreendida e foi abordada nas grandes mídias, além de contar para sua realização, recursos de higiene básica como sabão e água.

Quanto ao uso das máscaras faciais, muitos estudos abordaram sua eficiência, por ser um método de barreira que impede e reduz a dispersão do vírus no ambiente, reduzindo a incidência de casos em uma situação pandêmica e emergencial. Com o surto da doença a requisição das máscaras pela população mundial foi intensa e nesse contexto surgiram, além das máscaras cirúrgicas, as máscaras de tecido, ambas variam no número de camadas tendo influência direta na transmissão viral retardando sua disseminação^{26,27}.

Outra medida eficaz é o distanciamento social, garantindo maior isolamento entre as pessoas e criando barreiras físicas ou estabelecendo grandes distâncias de segurança que mitigam a transmissão do vírus²⁷. No Brasil, desde o início da covid-19, foram implementados vários tipos de isolamento que variaram desde a suspensão de eventos e restrição de lugares abertos até a quarentena da população (lockdown). Esse isolamento deve ser longo o suficiente garantindo o efeito epidemiológico desejável, a adoção precoce das medidas de distanciamento pode levar a uma flexibilização que permite novas ondas de infecção, como aconteceu no Brasil^{1,28}. Um estudo realizado nos Estados Unidos, mostrou que 62,2% da amostra usava máscara facial e 87,7% evitavam grandes aglomerações²⁴. Por outro lado, em Hong Kong, China, 94,2% usavam máscara facial^{1,29}.

Esses dados elevados em relação à adesão podem indicar que a percepção da doença, baseada em conhecimentos e crenças sobre a mesma, além das desempenhando a adoção ou não de comportamentos protetores características culturais e individuais alteram os comportamentos preventivos de maneira geral em todas as faixas etárias^{7,24}.

A vacinação não foi avaliada, pois foi aprovada no país após o início deste estudo. Várias vacinas foram desenvolvidas no período da pandemia, e tem se mostrado uma medida preventiva eficaz contra a infecção do coronavírus. A vacinação em massa da população cria uma imunidade de rebanho e contém a disseminação do patógeno³⁰.

O engajamento da pessoa idosa em comportamentos preventivos pode ser desencadeado por uma complexa combinação de construtos, como barreiras, contextos sociais, divulgação científica e percepções/crenças pessoais^{4,7,19,29}. A adoção de comportamentos preventivos relacionados à covid-19 foi de aproximadamente 80% neste estudo. Estudos apontam que o acatamento dos comportamentos preventivos está associado à percepção da suscetibilidade em contrair a covid-19 e a gravidade desta^{7,8,22,31,32}.

Estudo realizado em Singapura que visava analisar como os dados sociodemográficos se relacionam com os comportamentos preventivos contou com amostra de 953 pessoas, 65,1% do sexo feminino, 8,1% maiores de 60 anos, 97% adotaram pelo menos uma medida preventiva, aproximadamente 95% das mulheres lavaram as mãos com frequência, enquanto cerca de 80% dos homens o fizeram³³. Já em Hong Kong, China, um estudo avaliou em 765 indivíduos os esforços da comunidade em adotar os comportamentos preventivos, dessa amostra 18,7% tinham mais de 65 anos, 97,4% usavam máscara facial e 80,4% evitavam encontros sociais²⁹.

A percepção da gravidade foi elevada nos idosos, pois eles percebem seu sistema imune mais fragilizado e o risco que vêm com as comorbidades associadas à idade, sendo assim adotam mais às medidas⁸. Destaca-se entre os participantes o relato de alto nível de escolaridade. É sabido que indivíduo com situação educacional elevada apresentam maior adoção aos comportamentos preventivos³⁴. Tal fato pode ser justificado pelo acesso e compreensão da informação sobre a doença e sua gravidade, pela utilização das medidas preventivas para se prevenir²⁹.

Neste estudo, encontrou-se relação significativa entre renda e comportamento preventivo contra covid-19, ou seja, indivíduos com renda superior a 10 salários-mínimos adotaram menos comportamentos preventivos (46,2%) quando comparados àqueles com renda inferior. Esse dado é semelhante ao encontrado por estudo chinês, que encontrou interação significativa entre a renda familiar média versus abaixo da média e comportamentos de precaução, sendo que quanto menor a renda maior a adoção, pois os indivíduos tinham poucas informações e

mais medo de contrair a doença⁹. Outra hipótese para este achado pode estar atrelada ao fato de que idosos com renda mais alta não precisavam se expor saindo de casa para trabalhar ou viajar, utilizando menos equipamentos de proteção individual.

Dentre as limitações deste estudo, tem-se o fato de os dados terem sido autorrelatados permitindo manipulação desses pelos participantes. Durante a pandemia, foram realizados alguns estudos que contemplavam como limitação os relatos autorreferidos de adoção de comportamentos preventivos durante a covid-19, pois os indivíduos tendem a corresponder aos padrões sociais comportamentais aceitáveis, superestimando a adoção de medidas preventivas^{33,35}.

Contudo, os participantes deste estudo são indivíduos com maior escolaridade e renda que frequentam uma Universidade e, por esse fato, têm mais facilidade para obter informações acerca da covid-19 e os comportamentos não farmacológicos a serem adotados durante esse período. Além disso, a amostra foi específica de uma UAPI, fato que não permite inferir os achados do estudo para a população de idosos no município de Campinas, sendo necessários estudos que contemplem uma amostragem probabilística.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que houve adoção às medidas preventivas para covid-19 pelos idosos da UAPI, sendo que a maioria deles referiu como comportamento a prática de higienização das mãos com água/sabão ou álcool gel, o uso de máscara facial, o distanciamento social e evitar encontros sociais.

Outro achado relevante foi a associação significativa entre a renda e a adoção desses comportamentos preventivos. Indivíduos com renda inferior a quatro salários-mínimos apresentaram maiores proporções de adoção de medidas preventivas, indicando que fatores socioeconômicos desempenham um papel importante na adesão a essas práticas.

A partir da compreensão que a promoção de comportamentos preventivos em saúde não depende somente das escolhas e características individuais, mas sim do contexto social no qual esses indivíduos estão inseridos, este estudo reforçou que programas como esse são potentes instrumentos sociais para a socialização das pessoas idosas bem como para a divulgação de conhecimentos. Além disso, destacam a importância de direcionar esforços educacionais e de sensibilização para grupos de renda mais elevada, que podem estar menos propensos a aderir às medidas preventivas.

Portanto, podem ser cruciais pesquisas adicionais visando uma compreensão mais aprofundada dos fatores que influenciam o comportamento preventivo em diferentes grupos demográficos e sociais. Essas investigações podem desempenhar papel importante na orientação de estratégias de saúde pública e educação para a prevenção da covid-19 em pessoas idosas.

AUTORIA

- Isabella R. Dias - Conceituação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição, Investigação, Validação e Visualização.
- Vitória R. Janhaque - Curadoria de Dados, Investigação, Validação e Visualização.
- Vanessa Aparecida Vilas-Boas - Conceituação, Escrita – Revisão e Edição, Validação e Visualização.
- Suzimar de Fatima Benato Fusco - Conceituação, Escrita – Revisão e Edição, Validação e Visualização.
- Daniella P. Nunes - Administração do Projeto, Análise Formal, Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita – Revisão e Edição, Metodologia, Obtenção de Financiamento, Recursos, Supervisão, Validação e Visualização.

Editado por: Yan Nogueira Leite de Freitas

REFERÊNCIAS

1. Kumar A, Singh R, Kaur J, Pandey S, Sharma V, Thakur L, et al. Wuhan to world: the covid-19 pandemic. *Front Cell Infect Microbiol*. 2021 Mar 30; 11:596201. doi: 10.3389/fcimb.2021.596201.
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa sobre covid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 03]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Painel coronavírus [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2023 Sep 09]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Nunes BP, Souza ASS, Nogueira J, Andrade FB, Thumé E, Teixeira DSC, et al. Multimorbidade e população em risco para covid-19 grave no estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(12):e00129620. doi: 10.1590/0102-311x00129620.
5. Monto AS. The future of SARS-CoV-2 vaccination: lessons from Influenza. *N Engl J Med*. 2021 Nov 11; 385(20):1825-27. doi: 10.1056/NEJMp2113403.
6. Voloch CM, Francisco Junior RS, Almeida LGP, Cardoso CC, Brustolini OB, Gerber AL et al. Genomic characterization of a novel SARS-CoV-2 lineage from Rio de Janeiro. *J Virol*. 2021; 95(10):e00119-21. doi: 10.1128/JVI.00119-21.
7. Fujii R, Suzuki K, Niimi J. Public perceptions, individual characteristics, and preventive behaviors for covid-19 in six countries: a cross-sectional study. *Environ Health Prev Med*. 2021 Mar 3; 26(1):29. doi: 10.1186/s12199-021-00952-2.
8. Luo Y, Cheng Y, Sui M. The moderating effects of perceived severity on the generational gap in preventive behaviors during the covid-19 pandemic in the US. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2021 Feb 19;18(4):2011. doi: 10.3390/ijerph18042011.
9. Carvalho KM, Silva CRDT, Felipe SGB, Gouveia MTO. A crença em saúde na adoção de medidas de prevenção e controle da covid-19. *Ver Bras Enferm*. 2021; 74(Suppl.1):e20200576. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0576.
10. Liang W, Duan Y, Shang B, Hu C, Baker JS, Lin Z, et al. Precautionary behavior and depression in older adults during the covid-19 pandemic: an online cross-sectional study in Hubei, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1853. doi: 10.3390/ijerph18041853.
11. Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Andrade FB, Peixoto SWV, Macinko J. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros: iniciativa ELSI-covid-19. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36:3. doi: 10.1590/0102-311X00193920 .
12. Kohler H, Bäuerle A, Schweda A, Weismüller B, Fink M, Musche V, et al. Increased covid-19-related fear and subjective risk perception regarding covid-19 affects behavior in individuals with internal high-risk diseases. *J Prim Care Community Health*. 2021; 12:2150132721996898. doi: 10.1177/2150132721996898.
13. Batista SR, Souza ASS, Nogueira J, Andrade FB, Thumé E, Teixeira DSC, et al. Comportamentos de proteção contra covid-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-covid-19. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(Suppl.3):e00196120. doi: 10.1590/0102-311x00196120 .
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação n.º 003, de 03 março de 2021 [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 01]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2021/1633-recomendacao-n-003-de-03-de-marco-de-2021>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 24 mai. 2016. n.98, seção 1, p.44.
16. Almeida AV, Tavares Mafra SC, da Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos Contextos*. 2015; 14(1):115-31. doi: 10.15448/1677-9509.2015.1.19830 .
17. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Família. Fatos e números: idosos e família no Brasil [Internet]. 2021 [acesso 2023 Jan 01]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf>.
18. Maximiano-Barreto MA, Andrade L, Campos LB, Portes FA, Generoso FK. A feminização da velhice: uma abordagem psicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*. 2019;8(2):239-52. doi:10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252.

19. Peixoto SV, Souza MAN, Mambrini JVM, Andrade FB, Malta DC, Costa MFL. Comportamentos em saúde e adoção de medidas de proteção individual durante a pandemia do novo coronavírus: iniciativa ELSI-covid-19. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(3):e00195420. doi: 10.1590/0102-311X00195420 .
20. Seixas BV, Freitas GR. Polypharmacy among older Brazilians: prevalence, factors associated, and sociodemographic disparities (ELSI-Brazil). *Pharm Pract*. 2021 Mar; 19(1):2168. doi: 10.18549/PharmPract.2021.1.2168 .
21. Santos AL, Souza NR, Silveira VFSB, Chaud SG, Piantino CB, Souza LR. Avaliação do perfil sociodemográfico e nutricional na diferença entre homens e mulheres idosos ingressantes no programa Universidade Aberta para a Maturidade. *Rev enferm UFPE*. 2017; 11(Supl. 1):327-33. doi: 10.5205/1981-8963-v11i1a11912p327-333-2017.
22. Hou WK, Lee TM, Liang L, Li TW, Liu H, Tong H, et al. Psychiatric symptoms and behavioral adjustment during the covid-19 pandemic: evidence from two population-representative cohorts. *Transl Psychiatry*. 2021 Nov 6 [acesso 2023 Nov 06]; 11:174. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41398-021-01279-w>.
23. Ribeiro AQ, Guimarães MSA, Santos CA, Castro JS, Bretas JM, Guerra DJR et al. Projeto escuta solidária: universidade no apoio às pessoas idosas no contexto da covid-19. *Capim Dourado: Diálogos em Extensão*. 2020; 3(3): 47-57. doi: 10.20873/9815-v3n3.
24. Miller LMS, Gee PM, Katz RA. The importance of understanding covid-19: the role of knowledge in promoting adherence to protective behaviors. *Front Public Health*. 2021 Apr 6; 9:581497. doi: 10.3389/fpubh.2021.581497.
25. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, 09 July 2020 [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jul 25]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/333114>.
26. Brooks JT, Beezhold DH, Noti JD, Coyle JP, Derk RC, Blachere FM, et al. Maximizing fit for cloth and medical procedure masks to improve performance and reduce SARS-CoV-2 transmission and exposure, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Feb 19; 70(7):254-57. doi: 10.15585/mmwr.mm7007e1.
27. Cavalcante JR, Santos ACC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM, Oliveira WK, et al. Covid-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(4):e2020376. doi: 10.5123/S1679-49742020000400010.
28. Person OC, Almeida PRL, Puga MES, Atallah AN. O que se sabe sobre a eficácia do distanciamento social, lockdown e uso de máscaras faciais para covid-19? Scoping review. *Diagn Tratamento*. 2021; 26(3):130-6. Disponível em: https://www.apm.org.br/wp-content/uploads/RDT_v26n3_compressed.pdf.
29. Chan EYY, Huang Z, Lo ESK, Hung KKC, Wong ELY, Wong SYS. Sociodemographic predictors of health risk perception, attitude and behavior practices associated with health-emergency disaster risk management for biological hazards: the case of covid-19 pandemic in Hong Kong, SAR China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 29; 17(11):3869. doi: 10.3390/ijerph17113869.
30. Silva LSS, Lima AFR, Polli DA, Razia FS, Pavão LFA, Cavalcanti MAFH et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da covid-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00185020. doi: 10.1590/0102-311X00185020.
31. Sljivo A, Kacamakovic M, Sirucic I, Mujicic E, Dzubur-Kulenovic A. Knowledge, attitudes, and practices towards covid-19 among residents of Bosnia and Herzegovina during the first stage of covid-19 outbreak. *Ann Ig*. 2021 Jul-Aug; 33(4): 371-380. doi: 10.7416/ai.2021.2447.
32. van der Valk JP, Heijboer FW, van Middendorp H, Evers AW, in 't Veen JC. Case-control study of patient characteristics, knowledge of the covid-19 disease, risk behaviour and mental state in patients visiting an emergency room with covid-19 symptoms in the Netherlands. *Plos One*. 2021 Apr 28;16(4):e0249847. doi: 10.1371/journal.pone.0249847.
33. Long VJ, Liu JC. Behavioural changes during the covid-19 pandemic: results of a nationwide survey in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2021 Mar; 50(3):222-31. doi: 10.47102/annals-acadmedsg.2020391.
34. Xu Y, Lin G, Spada C, Zhao H, Wang S, Chen X, et al. Public knowledge, attitudes, and practices behaviors towards coronavirus disease 2019 (covid-19) during a national epidemic: China. *Front Public Health*. 2021 Mar 19; 9:638430. doi: 10.3389/fpubh.2021.638430.
35. Bruin WB, Carman KG, Parker AM. Mental associations with covid-19 and how they relate with self-reported protective behaviors: a national survey in the United States. *Soc Sci Med*. 2021; 275:113825. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113825.



Uso dos serviços de saúde por pessoas idosas em áreas rurais e urbanas do Brasil

Health services utilization by older adults in rural and urban areas of Brazil

Gleica Soyan Barbosa Alves¹ 
Rosana Cristina Pereira Parente¹ 
Fernando José Herkrath^{1,2} 

Resumo

Objetivo: Avaliar o uso dos serviços de saúde por pessoas idosas residentes em áreas urbanas e rurais do Brasil. **Método:** Estudo transversal que analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, referentes aos moradores idosos (≥ 60 anos) selecionados nos domicílios, totalizando 22.728 entrevistas (3.300 em área rural e 19.426 em área urbana). Foram estimadas para as áreas rurais e urbanas as prevalências de cadastro na Estratégia Saúde da Família, intervalo de tempo da última consulta médica e odontológica, procura do serviço nas últimas duas semanas, última aferição da pressão arterial e da glicemia e avaliados os fatores associados à utilização dos serviços de saúde médicos e odontológicos nos últimos 12 meses. **Resultados:** A autopercepção da saúde como ‘muito boa’ ou ‘boa’ foi maior na área urbana (47,32%), assim como a proporção de pessoas idosas que relataram consulta médica e odontológica nos últimos 12 meses (90,54%). Evidenciou-se menor frequência do acompanhamento da aferição de pressão arterial (81,30%) e da glicemia (45,83%) em áreas rurais. As pessoas idosas que possuem baixa escolaridade, residem em áreas rurais, na região Norte são as que possuem menor chance de utilização dos serviços. **Conclusão:** A população idosa residente em área rural apresenta piores condições de saúde em relação à população residente em área urbana.

Palavras-chave: Saúde da pessoa idosa. Uso de serviços de saúde. Saúde da população rural. Inquéritos epidemiológicos.

Abstract

Objective: To assess health services utilization by older adults in urban and rural areas of Brazil. **Method:** A cross-sectional study was conducted analyzing data from the 2019 National Health Survey on older adults (≥ 60 years) selected from households based on 22,728 interviews (3,300 in rural and 19,426 in urban areas). For rural and urban areas, the prevalence of Family Health Strategy enrolment, time since last medical and dental visit, service use in past 2 weeks, and last blood pressure and blood glucose measurements

Keywords: Older adult health. Health service utilization. Rural population health. Epidemiological surveys.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Leônidas e Maria Deane. Manaus, AM, Brasil.

² Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde. Manaus, AM, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Gleica Soyan Barbosa Alves
gleica@ufam.edu.br

Recebido: 16/05/2023
Aprovado: 31/10/2023

were estimated. Also, the factors associated with medical and dental health services utilization in the past 12 months were explored. *Results:* Self-rated health of “Very good” or “Good” was greater in urban areas (47.32%), as was the proportion of older adults reporting a medical or dental visit within the last 12 months (90.54%). Rates of blood pressure (81.30%) and glucose (45.83%) monitoring were lower in rural areas. Older individuals that had low education, resided in rural areas, and the North region, had a lower likelihood of using health services. *Conclusion:* The older population living in rural areas had poorer health status compared with the urban population.

INTRODUÇÃO

A população idosa apresenta especificidades, incluindo aspectos relacionados a uma maior prevalência de doenças crônicas e ao declínio funcional, o que requer a oferta de um cuidado organizado, distinto de outras faixas etárias, levando a uma maior demanda do sistema de saúde¹⁻³. Diante dessa necessidade, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁴, visa proporcionar atenção à saúde adequada e digna para a população idosa brasileira, sendo necessário que os serviços que prestam atendimento à pessoas idosas respondam à necessidades específicas considerando suas peculiaridades e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos.

Usuários de idade avançada apontam a distância, o tempo de espera para o atendimento e a falta de vagas como os principais fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, principalmente nas áreas rurais⁵⁻¹². A literatura mostra que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-lo, uma vez que barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, culturais, entre outras, influenciam de forma a facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde¹³.

As disparidades de saúde entre as populações rurais e urbanas existem globalmente^{14,15}. Moradores de áreas rurais apresentam, além do menor acesso aos serviços de saúde, seja ele médico ou odontológico, piores condições de vida e de saúde quando comparados a populações urbanas, apresentam maiores percentuais de famílias de baixa renda, altas taxas de analfabetismo e maior incidência de doenças negligenciadas¹⁶⁻¹⁸.

Informações sobre a utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos idosos são importantes para o planejamento e avaliação, subsidiando reorientação das políticas públicas e ações de forma a garantir a manutenção da capacidade funcional e o bem-estar na velhice, além de organizar o cuidado à pessoa idosa considerando as suas necessidades e especificidades do território em que vivem, seja ele urbano ou rural^{2,19}, justificando a realização deste estudo que se propõe a avaliar a utilização dos serviços de saúde de forma geral, por indivíduos idosos residentes em áreas urbanas e rurais do Brasil.

MÉTODO

Foram analisados microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, um inquérito nacional transversal de base domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS possui representatividade para a população brasileira, macrorregiões, Unidades da Federação, capitais e suas regiões metropolitanas, sendo possível ainda obter estimativas para as áreas urbanas e rurais do país²⁰.

A amostragem da PNS 2019 foi realizada por conglomerados, em três estágios: setores censitários, domicílios particulares permanentes e um morador com 15 anos ou mais de idade selecionado aleatoriamente dentro de cada domicílio, e excluídos os domicílios localizados em setores censitários especiais ou de escassa população²⁰. Neste estudo foram incluídos todos os moradores com 60 anos ou mais de idade identificados no terceiro estágio de seleção amostral, totalizando 22.728 entrevistas, sendo 3.300 residentes em área rural e 19.426 em área urbana.

As variáveis analisadas incluíram as características sociodemográficas das pessoas idosas: idade, sexo, raça/cor da pele, região de moradia, alfabetização e anos de estudo cursados com aprovação. Em relação à utilização dos serviços de saúde, foram

selecionadas variáveis de três blocos de perguntas da PNS, módulos B (Visitas Domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias), J (Utilização de Serviços de Saúde) e Q (Doenças Crônicas), detalhadas no Quadro 1.

Quadro 1. Variáveis utilizadas para análise, extraídas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2019.

Módulo	Variável	Opções de resposta
B - Visitas Domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias	B1.O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?	1, sim 2, não 3, não sabe
J - Utilização de Serviços de Saúde	J1. De um modo geral, como é o estado de saúde?	1, muito bom 2, bom 3, regular 4, ruim 5, muito ruim
	J11a. Quando consultou um médico pela última vez?	1, até um ano 2, mais de um ano a dois anos 3, mais de dois anos a três anos 4, mais de três anos 5, nunca foi ao médico
	J13a.Quando consultou um dentista pela última vez?	1, até um ano 2, mais de um ano a dois anos 3, mais de dois anos a três anos 4, mais de três anos 5, nunca foi ao dentista
	J14. Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	1, sim 2, não
	J17a. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas:	1, foi agendado para outro dia / outro local 2, não foi atendido 3, foi atendido
Q - Doenças Crônicas	Q1a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) teve sua pressão arterial medida?	1, menos de seis meses 2, de seis meses a menos de um ano 3, de um ano a menos de dois anos 4, de dois anos a menos de três anos 5, três anos ou mais 6, nunca
	Q29a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?	1, menos de seis meses 2, de seis meses a menos de um ano 3, de um ano a menos de dois anos 4, de dois anos a menos de três anos 5, três anos ou mais 6, nunca

Para cada variável, foram estimadas as médias ou prevalências para áreas rurais e urbanas, junto com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), considerando-se o delineamento e os pesos amostrais do inquérito (comando *svy*). As estimativas dos desfechos relacionados à autopercepção da saúde e utilização dos serviços de saúde foram comparadas entre as áreas de residência por meio dos IC95%. Por fim, foram realizadas análises de regressão logística para avaliar a associação da situação de residência com os desfechos de utilização dos serviços de saúde médicos e odontológicos nos últimos 12 meses, estimando-se as razões de chance (OR) brutas e ajustadas para as demais covariáveis. Todas as análises foram realizadas no *software* Stata SE, versão 17.0, licenciado para Fernando José Herkrath. O nível de significância adotado foi de 0,05.

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer nº 3.529.326) e os microdados estão disponíveis online para acesso e uso público, em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/29540-2013-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9177&t=microdados>.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente, Gleica Soyan Barbosa Alves.

RESULTADOS

A maioria das pessoas idosas avaliadas na PNS 2019 residiam em área urbana (85,5%). A população idosa rural se concentrou principalmente na região Nordeste, enquanto a urbana na região Sudeste. Observou-se uma diferença em relação ao sexo, com predomínio do sexo masculino na área rural e feminino nas áreas urbanas do país. Não foi identificada diferença etária nas estimativas segundo situação de residência, com uma idade média próxima a 70 anos. Em relação à raça/cor da pele, as áreas rurais apresentaram maior proporção de pessoas idosas que se declararam pardos em relação às áreas urbanas, que apresentou maior proporção de brancos

e amarelos. As áreas rurais também concentraram maior proporção de indivíduos idosos que não sabiam ler e escrever, além do número menor de anos de estudo cursados com aprovação, em média. A Tabela 1 detalha as características sociodemográficas da população idosa por situação de residência.

A Tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas ao uso de serviços de saúde pela população idosa. A percepção da saúde como muito boa ou boa foi maior entre a população idosa residente na área urbana (49,1%; IC95%=47,8-50,4) quando comparados aos residentes na área rural (36,6%; IC95%=34,5-38,8). Também foi maior na área urbana a proporção de indivíduos idosos que relataram ter realizado consulta médica e odontológica nos últimos 12 meses. Dentre os residentes em área rural, 5,8% (IC95%=4,7-7,2) da população idosa nunca tinha ido ao dentista, enquanto esse percentual foi 1,4% (IC95%=1,1-1,7) na área urbana. No entanto, em relação à procura por atendimento no serviço de saúde nas últimas duas semanas, a frequência de indivíduos idosos que tiveram atendimento realizado no mesmo dia foi maior na área rural 77,1% (IC95%=73,5-80,4) em relação à área urbana 66,7% (IC95%=64,6-68,8).

Foi evidenciada também menor frequência do acompanhamento da aferição de pressão arterial e da glicemia em áreas rurais. Entre as pessoas idosas residentes em áreas rurais 4,1% (IC95%=3,3-4,9) referiram ter sua pressão aferida há mais de três anos ou que nunca havia sido aferida, enquanto para os residentes em área urbana a frequência foi de 2,4% (IC95%=2,1-2,8). Para aferição da glicemia essa diferença foi ainda maior, 17,5% (IC95%=16,0-19,1) na área rural vs. 7,5% (IC95%=6,9-8,1) na área urbana.

As Tabelas 3 e 4 apresentam, respectivamente, as análises dos fatores associados à realização de consulta médica e odontológica pela população idosa, utilizando regressão logística. Residir em área rural e na região Norte, ser do sexo masculino, de cor parda, com menor escolaridade e ter melhor percepção da saúde geral, apresentaram diferença significativa, e foram associados à menor chance ter realizado de consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista. Já os fatores associados que apresentaram diferença significativa relacionados à menor chance de consulta

odontológica foram residir em área rural e na região Norte (em comparação às regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste), idade mais avançada, raça/cor da pele

declarada como preta, parda ou indígena, menor escolaridade, ter o domicílio cadastrado na ESF e não perceber a saúde geral como muito boa.

Tabela 1. Características sociodemográficas da população idosa entrevistada na PNS 2019, por situação de residência.

Variáveis	Rural	Urbano
Região de residência, % (IC95%)		
Norte	9,19 (8,42-10,02)	5,56 (5,43-5,69)
Nordeste	47,81 (45,98-49,65)	21,56 (21,23-21,89)
Sudeste	21,08 (19,32-22,95)	50,75 (50,44-51,07)
Sul	17,00 (15,67-18,43)	15,52 (15,28-15,75)
Centro-Oeste	4,92 (4,23-5,72)	6,62 (6,49-6,74)
Sexo, % (IC95%)		
Masculino	53,96 (52,07-55,86)	41,51 (41,19-41,83)
Feminino	46,04 (44,14-47,93)	58,49 (58,17-58,81)
Idade, média (IC95%)	70,28 (69,96-70,62)	69,78 (69,59-69,98)
Raça/cor da pele, % (IC95%)		
Branca	36,76 (34,73-38,83)	52,85 (51,60-54,09)
Preta	10,74 (9,42-12,22)	10,20 (9,47-10,97)
Amarela	0,38 (0,21-0,70)	1,43 (1,14-1,80)
Parda	51,71 (49,43-53,98)	34,96 (33-82-36,11)
Indígena	0,40 (0,24-0,65)	0,56 (0,42-0,75)
Ignorado ou não informado	0,01 (0,00-0,06)	-
Sabe ler e escrever, % (IC95%)		
Sim	57,97 (55,82-60,09)	85,35 (84,46-86,19)
Não	42,03 (39,91-44, 17)	14,65 (13,81-15,54)
Anos de estudo, média (IC95%)	3,11 (2,97-3,25)	7,31 (7,17-7,45)

IC95%, intervalo de confiança a 95%

Tabela 2. Aspectos relacionados à autopercepção da saúde e utilização dos serviços de saúde por indivíduos idosos no Brasil, segundo situação de residência, 2019.

Variáveis	Rural % (IC95%)	Urbano % (IC95%)
Domicílio cadastrado na ESF		
Sim	78,81 (76,65-80,89)	58,96 (57,33-60,56)
Não	13,43 (11,76-15,28)	30,86 (29,38-32,38)
Não sabe	7,77 (6,44-9,33)	10,18 (9,40-11,01)
Autopercepção da saúde		
Muito Boa	3,65 (3,03-4,38)	8,67 (7,99-9,38)
Boa	32,95 (30,93-35,03)	40,45 (39,22-41,68)
Regular	49,03 (46,87-51,18)	40,25 (39,00-41,51)
Ruim	12,06 (10,70-13,55)	7,94 (7,36-8,56)
Muito Ruim	2,31 (1,52-3,47)	2,69 (2,28-3,15)

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Rural % (IC95%)	Urbano % (IC95%)
Última consulta médica realizada		
Até 1 ano	81,76 (80,20-83,21)	90,54 (89,86-91,18)
Mais de 1 ano a 2 anos	7,83 (6,96-8,80)	4,93 (4,46-5,43)
Mais de 2 anos a 3 anos	2,95 (2,36-3,67)	1,40 (1,17-1,67)
Mais de 3 anos	6,72 (5,74-7,84)	2,95 (2,59-3,34)
Nunca foi ao médico	0,74 (0,50-1,08)	0,18 (0,11-0,26)
Última consulta odontológica realizada		
Até 1 ano	19,18 (17,65-20,79)	37,48 (36,15-38,82)
Mais de 1 ano a 2 anos	9,22 (8,04-10,56)	13,14 (12,37-13,95)
Mais de 2 anos a 3 anos	6,69 (5,72-7,79)	8,29 (7,65-8,97)
Mais de 3 anos	59,08 (56,79-61,33)	39,72 (38,39-41,05)
Nunca foi ao dentista	5,83 (4,73-7,15)	1,36 (1,11-1,67)
Procurou serviço de saúde nas últimas duas semanas		
Sim	22,20 (20,38-24,11)	30,64 (29,51-31,77)
Não	77,80 (75,88-79,62)	69,36 (68,22-70,48)
Desfecho da busca de atendimento nas últimas duas semanas		
Foi agendado para outro dia / local	20,89 (17,72-24,45)	30,96 (28,90-33,08)
Não foi atendido	1,99 (1,18-3,33)	2,31 (1,81-2,93)
Foi atendido	77,12 (73,48-80,38)	66,73 (64,57-68,82)
Última aferição da pressão arterial		
Menos de 6 meses	81,30 (79,54-82,93)	84,69 (83,77-85,55)
De 6 meses a menos de 1 ano	8,62 (7,56-9,80)	8,40 (7,77-9,06)
De 1 ano a menos de 2 anos	4,64 (3,89-5,51)	3,54 (3,09-4,04)
De 2 anos a menos de 3 anos	1,37 (0,97-1,93)	0,96 (0,72-1,27)
3 anos ou mais	3,20 (2,56-3,98)	1,80 (1,53-2,12)
Nunca	0,87 (0,54-1,38)	0,62 (0,44-0,87)
Última aferição da glicemia		
Menos de 6 meses	45,83 (43,61-48,06)	61,01 (59,85-62,15)
De 6 meses a menos de 1 ano	18,26 (16,78-19,83)	19,04 (18,12-19,99)
De 1 ano a menos de 2 anos	13,38 (12,10-14,76)	9,46 (8,81-10,15)
De 2 anos a menos de 3 anos	5,05 (4,22-6,04)	3,03 (2,62-3,50)
3 anos ou mais	11,13 (9,99-12,38)	5,68 (5,17-6,22)
Nunca	6,34 (5,41-7,42)	1,78 (1,46-2,14)

IC95%, Intervalo de confiança a 95%

Tabela 3. Fatores associados a realização de consulta médica nos últimos 12 meses por indivíduos idosos no Brasil, 2019.

Variável	OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Situação do domicílio (ref.: urbano)		
Rural	0,47 (0,41-0,53) ***	0,61 (0,53-0,70) ***
Região de residência (ref.: Norte)		
Nordeste	1,30 (1,09-1,54) **	1,26 (1,05-1,51) *
Sudeste	2,42 (2,00-2,94) ***	2,19 (1,79-2,69) ***
Sul	2,04 (1,64-2,53) ***	1,95 (1,53-2,47) ***
Centro-Oeste	1,47 (1,17-1,86) **	1,43 (1,12-1,82) **
Sexo (ref.: masculino)		
Feminino	2,05 (1,81-2,33) ***	1,88 (1,65-2,14) ***
Idade		
	1,03 (1,02-1,03) ***	1,03 (1,02-1,04) ***
Raça/cor da pele (ref.: branca)		
Preta	0,84 (0,67-1,04)	0,95 (0,74-1,21)
Amarela	1,49 (0,78-2,84)	1,46 (0,76-2,82)
Parda	0,68 (0,60-0,78) ***	0,85 (0,73-0,99) *
Indígena	0,59 (0,29-1,22)	0,63 (0,31-1,30)
Sabe ler e escrever (ref.: sim)		
Não	0,68 (0,59-0,77) ***	-
Anos de estudo		
	1,03 (1,02-1,04) ***	1,04 (1,03-1,06) ***
Domicílio cadastrado na ESF (ref.: sim)		
Não	1,16 (0,99-1,37) ^a	0,97 (0,82-1,16)
Não soube informar	0,88 (0,72-1,08)	0,81 (0,65-0,99) *
Autopercepção da saúde (ref.: muito boa)		
Boa	1,22 (0,99-1,49) ^a	1,44 (1,16-1,79) *
Regular	2,05 (1,67-2,53) ***	2,91 (2,32-3,65) ***
Ruim	3,77 (2,80-5,08) ***	5,81 (4,28-7,89) ***
Muito Ruim	8,46 (4,91-14,57) ***	11,66 (6,70-20,27) ***

OR, odds ratio; IC95%, intervalo de confiança a 95% ^a p<0,10; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001**Tabela 4.** Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses por indivíduos idosos no Brasil, 2019.

Variável	OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Situação do domicílio (ref.: urbano)		
Rural	0,40 (0,35-0,44) ***	0,79 (0,69-0,89) ***
Região de residência (ref.: Norte)		
Nordeste	0,99 (0,86-1,14)	1,12 (0,96-1,31)
Sudeste	2,29 (1,97-2,66) ***	1,59 (1,34-1,87) ***
Sul	1,97 (1,69-2,30) ***	1,55 (1,30-1,85) ***
Centro-Oeste	1,50 (1,26-1,79) ***	1,23 (1,01-1,49) *
Sexo (ref.: masculino)		
Feminino	1,00 (0,92-1,10)	-

continua

Continuação da Tabela 4

Variável	OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Idade	0,96 (0,95-0,96) ***	0,97 (0,97-0,98) ***
Raça/cor da pele (ref.: branca)		
Preta	0,53 (0,44-0,64) ***	0,76 (0,62-0,93) **
Amarela	1,15 (0,73-1,81)	0,98 (0,62-1,54)
Parda	0,53 (0,48-0,59) ***	0,83 (0,74-0,94) **
Indígena	0,31 (0,19-0,51) ***	0,44 (0,26-0,75) **
Sabe ler e escrever (ref.: sim)		
Não	0,25 (0,22-0,29) ***	-
Anos de estudo	1,17 (1,16-1,78) ***	1,13 (1,11-1,14) ***
Domicílio cadastrado na ESF (ref.: sim)		
Não	2,02 (1,81-2,27) ***	1,26 (1,12-1,42) ***
Não soube informar	1,51 (1,29-1,76) ***	1,05 (0,89-1,23)
Autopercepção da saúde (ref.: muito boa)		
Boa	0,57 (0,48-0,86) ***	0,74 (0,63-0,88) **
Regular	0,34 (0,29-0,41) ***	0,64 (0,54-0,77) ***
Ruim	0,23 (0,18-0,29) ***	0,52 (0,41-0,66) ***
Muito Ruim	0,23 (0,15-0,33) ***	0,52 (0,34-0,80) **

OR, odds ratio; IC95%, intervalo de confiança a 95%; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

DISCUSSÃO

Os achados mostram que a população de idosos residentes em áreas rurais no Brasil apresentava situação de desvantagem na utilização dos serviços de saúde em comparação aos residentes nos espaços urbanos. Apesar da maior proporção de domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), a proporção de pessoas idosas que relatou consulta médica e odontológica nos 12 meses anteriores à entrevista foi menor nas áreas rurais. Ainda se evidenciou menor frequência do acompanhamento da aferição de pressão arterial e da glicemia nessa população. Apesar da pior autopercepção da saúde, foi relatada menor procura pelo serviço nas últimas duas semanas pelas pessoas idosas residentes em áreas rurais. No entanto, uma maior proporção destes indivíduos idosos que buscaram os serviços de saúde informou ter conseguido atendimento nas áreas rurais em comparação às áreas urbanas do país. Fatores como situação de residência (rural/urbano), região de moradia, sexo, idade, raça/cor da pele, anos de estudo, cadastro na ESF e autopercepção da saúde mostraram-se associados à utilização dos serviços de saúde.

A autopercepção negativa de saúde é um dos fatores que aparentemente influencia no risco de morte⁵ e é maior entre indivíduos com menos anos de estudo e entre aqueles com maior número de doenças crônicas²¹. Dados apontam que pessoas com menos anos de estudo usam menos os serviços de saúde, apesar de terem piores condições de saúde¹³.

Aspectos ocupacionais, além da maior presença de indivíduos do sexo masculino e de menor escolaridade entre os residentes em áreas rurais podem também contribuir com a menor procura pelos serviços de saúde. Estudos indicam que em territórios rurais a autopercepção do estado de saúde é pior em relação àquelas que residem no meio urbano, que os homens buscam menos pelos serviços que as mulheres e que esta procura aumenta com a escolaridade dos indivíduos^{22,23}.

A dispersão geográfica e a vulnerabilidade socioeconômica, aliados à ausência ou insuficiência de políticas públicas de saúde e à escassez de recursos destinados às populações rurais, têm contribuído para consolidar um quadro de vulnerabilidades característico das áreas rurais^{7,15,24,25}. A busca

pelos serviços de saúde é menor nas áreas rurais e o aumento da ruralidade diminui a percepção de necessidades de saúde não atendidas, sugerindo diferenças nas expectativas de utilização entre usuários de localidades rurais e urbanas^{22,26}.

A distância entre as localidades rurais e os serviços de saúde, somada aos demais obstáculos, faz com que os moradores rurais busquem mais tardiamente pelos cuidados em saúde em comparação com os residentes em áreas urbanas^{26,27}. Além disso, a ausência de meios regulares de transporte também é um dos fatores frequentemente relatado como barreira de acesso aos serviços, levando os moradores de áreas rurais a ponderar tempo de deslocamento, custos e riscos no transporte, muitas vezes levando-os a optar pela solução dos problemas de saúde na própria comunidade, independentemente do tipo de serviço oferecido^{7-9,27-30}.

A literatura mostra também que, a utilização dos serviços de saúde por pessoas idosas, além de estar relacionada à maior escolaridade está vinculada à concepção de necessidade de procura do serviço apenas por motivo de doença, ao se perceber doente ou quando diagnosticado com doença crônica^{31,32}. Para consultas odontológicas, o maior uso está entre pessoas idosas que sentem dor e que percebem a necessidade de tratamento e/ou utilização de prótese³³. Entretanto, a menor disponibilidade dos serviços de saúde e profissionais nas áreas rurais, somada às maiores barreiras de acesso enfrentadas explicam a menor utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos idosos nestes territórios^{16,18}. Dados da PNS 2013 mostraram que 16,5% das pessoas idosas entrevistadas não havia realizado consulta médica e apenas 28,9% havia realizado consulta odontológica no último ano¹. Apesar da melhora nos indicadores identificada na PNS 2019 (10,3% e 34,8%, respectivamente), ainda é possível observar uma proporção significativamente menor de consultas entre os residentes na área rural.

Apesar da aparente maior cobertura pela ESF e da maioria dos atendimentos terem sido realizados no mesmo dia da procura no meio rural, melhores condições de saúde e maior frequência de uso dos serviços foram identificadas na área urbana. Esses achados reforçam a importância de se distinguir entre

cobertura da atenção primária à saúde do constructo acesso, que incorpora outras dimensões, como as barreiras encontradas pelas populações idosas na busca pelo cuidado^{9,30}.

Os achados evidenciam a necessidade de ampliar as estratégias de monitoramento de pessoas idosas com condições crônicas, principalmente entre aqueles residentes em áreas rurais, principalmente em virtude da tendência de aumento do número de pessoas idosas atendidas pela APS com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus³⁴. Estudos mostram que comunidades rurais têm grandes problemas de infraestrutura e fixação de profissionais, principalmente médicos, contribuindo para o baixo acesso ao diagnóstico clínico, além da ausência de equipamentos simples, como um esfigmomanômetro para aferição da pressão arterial^{7,35}.

Os resultados sugerem ainda, que os indivíduos idosos residentes em áreas rurais, apesar das piores condições de saúde, postergam a busca pelos serviços, de forma a enfrentar as diversas barreiras somente quando possuem maior garantia de atendimento. Tal situação pode contribuir com o agravamento das condições já fragilizadas de saúde das populações idosas¹⁶. Uma atenção primária adequadamente estruturada seria capaz de reduzir as iniquidades no acesso aos serviços entre as populações rurais e urbanas^{18,35}. Estudo apontou que em municípios rurais remotos os serviços de APS são a principal forma de acesso à saúde, sendo comum que os enfermeiros realizem os primeiros atendimentos na UBS devido à ausência de médico nas unidades³⁵.

Nesse sentido, alguns grupos-alvo para ações prioritárias podem ser elencados, como aqueles de menor escolaridade e residentes em áreas rurais da região Norte. Diante da ainda baixa cobertura populacional, uma maior inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, que apresenta grande presença nesses territórios, também pode contribuir para o aumento da utilização dos serviços de saúde bucal.

O delineamento transversal do estudo impõe algumas limitações na interpretação dos achados. Assim, as associações identificadas devem ser interpretadas com cautela. A distribuição das variáveis entre as áreas rurais e urbanas pode ser influenciada pelo viés de sobrevivência (viés de

Neyman), expressando a prevalência entre aqueles sobreviventes no momento do estudo, levando a uma subestimação dos piores desfechos de saúde e de utilização dos serviços nas áreas rurais. Viés de informação também pode estar presente, uma vez que as informações obtidas no inquérito foram referidas pelos indivíduos participantes. Por outro lado, o estudo avaliou dados representativos de um inquérito nacional de base domiciliar, identificando diferenças nos desfechos de utilização dos serviços de saúde por pessoas idosas entre áreas rurais e urbanas do Brasil.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo mostraram que a população idosa das áreas rurais do país apresenta desvantagem na utilização dos serviços de saúde em comparação aos residentes em áreas urbanas. Melhor autopercepção da saúde foi identificada entre as pessoas idosas residentes nas áreas urbanas, assim como maior frequência de consultas médicas e odontológicas. A ruralidade foi associada à menor chance de consulta médica e odontológica nos 12 meses anteriores à entrevista, assim como residir na região Norte do país e possuir baixa escolaridade. O sexo masculino foi associado à menor chance de consulta médica. Aqueles com idade mais avançada

apresentaram maior chance de utilização dos serviços médicos, porém menor chance de utilização dos serviços odontológicos. Raça/cor da pele, cadastro do domicílio na ESF e autopercepção da saúde também se mostraram associados à utilização dos serviços. Faz-se necessário implementar estratégias para minimizar as barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas pelas populações rurais do Brasil, considerando as especificidades dos diversos territórios rurais em que residem.

AUTORIA

- Gleica Soyán Barbosa Alves – Concepção e delineamento do estudo; Análise e interpretação dos dados; Redação – rascunho original; Aprovação da versão final.
- Rosana Cristina Pereira Parente - Concepção e delineamento do estudo; Redação – revisão e edição; Aprovação da versão final.
- Fernando José Herkrath – Concepção e delineamento do estudo; Análise formal; Recursos; Programas; Supervisão; Validação; Redação – revisão e edição; Aprovação da versão final.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

REFERÊNCIAS

1. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>
2. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc saúde coletiva*. junho de 2018;23(6):1929–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
3. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima R de CD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(6):2213–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>
4. Brasil. Portaria N. 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Portaria N. 2528/2006, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
5. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>
6. Amaral FLJ dos S, Motta MHA, Silva LPG da, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):2991–3001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>

7. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>
8. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 2):724–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>
9. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):54. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>
10. Silva KF da, Pucci VR, Weiller TH, Mayer BLD, Concato MEP. O acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *APS*. 2018;21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15911>
11. Gama ASM, Secoli SR. Self-medication practices in riverside communities in the Brazilian Amazon Rainforest. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190432. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0432>
12. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP da, Portugal JKA, Reis MH da S, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2020;11(0). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>.
13. Travassos C, Castro MSM de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Em: *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. 2o ed Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183–206.
14. The Lancet. Rural health inequities: data and decisions. *The Lancet*. 2015;385(9980):1803. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60910-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60910-2)
15. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2020;103(10):2142–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>
16. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2490–502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>
17. Wonca Working Party on Rural Practice. Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(Suppl 1):15–24. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(1\)728](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(1)728)
18. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF de, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev saúde pública*. 2022;56:73. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>
19. Francisco PMSB, Assumpção D de, Bacurau AG de M, Silva DSM da, Malta DC, Borim FSA. Multimorbidity and use of health services in the oldest old in Brazil. *Rev bras epidemiol*. 2021;24(suppl 2):e210014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210014.supl.2>
20. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea E de CDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(5):e2020315. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
21. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(1):45–52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>
22. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>
23. De Macedo E, Ulrich V, Bós AMG, Bós ÂJG. Fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde em idosos residentes no meio rural do Brasil. *Sci Med*. 2018;28(3):29698. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.3.29698>
24. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1a edição, 1a reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 47 p.
25. Oliveira AR de, Sousa YG de, Silva DM da, Alves JP, Diniz ÍVA, Medeiros SM de, et al. A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>
26. Murphy P, Burge F, Wong S. Measurement and rural primary health care: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2019; 19:4911. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH4911>
27. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00310520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>

28. Magalhães DL, Matos R da S, Souza A de O, Neves RF, Costa MMB, Rodrigues AA, et al. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. *RSD*. 2022;11(3):e50411326906. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26906>
29. Wong S, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *RRH*. 2009; 9: 1142. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH1142>
30. Rodrigues KV, Almeida PF de, Cabral LM da S, Fausto MCR. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde debate*. 2021;45(131):998–1016. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5730>
31. Ferreira LS, Moreira LR, Paludo S dos S, Meucci RD. Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. *Rev saúde pública*. 2020;54:149. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>
32. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, Cardoso LS de M, Lima MG, Barros MB de A. Inequalities in the use of health services by adults and elderly people with and without noncommunicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey. *Rev bras epidemiol*. 2021;24(suppl 2):e210003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
33. Martins AMEDBL, Oliveira RFRD, Haikal DS, Santos ASF, Souza JGS, Alecrim BPA, et al. Uso de serviços odontológicos públicos entre idosos brasileiros: uma análise multinível. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(6):2113–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19272018>
34. Cesário VAC, Santos MM dos, Mendes TC de O, Souza Júnior PRB de, Lima KC de. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(9):4033–44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08962021>
35. Fausto MCR, Almeida PFD, Bousquat A, Lima JG, Santos AMD, Seidl H, et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saude soc*. 2023;32(1):e220382pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>



Publicações científicas sobre direção veicular por pessoas idosas: revisão de escopo

Scientific publications on driving by older adults: scope review

Danielle Félix Arruda Mourão¹ 
Eveline Alves Oliveira² 
Alice Silva Osterne Ribeiro² 
Paulo César de Almeida¹ 
Thalis Rebouças de Oliveira³ 
Maria Célia de Freitas¹ 

Resumo

Objetivo: Mapear evidências científicas nacionais e internacionais sobre a condução veicular por pessoas idosas. **Método:** Revisão de escopo baseada no manual proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. Para as buscas foram acessadas as bases MEDLINE, *Web of Science*, *Scopus*, SciELO e a literatura cinzenta, por meio do *Google Scholar*. **Resultados:** Dos 1.194 estudos encontrados, selecionaram-se 189 artigos submetidos aos critérios de elegibilidade. Os países precursores nas publicações foram Austrália e Estados Unidos, e o ápice das pesquisas ocorreu entre 2013 e 2014. Os participantes dos estudos eram pessoas idosas saudáveis, 63,49% (120); seguidos de 17,46% (33) com doença de Alzheimer; 11,11% (21) com Transtorno Neurocognitivo Leve; 6,88% (13) com doença de Parkinson; e 19,58% (37) com outras comorbidades. Diferentes tipos de intervenções foram identificadas nos estudos, destas, 94,02% (178) avaliaram a eficácia de instrumentos que mensuram a aptidão do motorista idoso. **Conclusão:** Houve predominância de estudos na busca de instrumentos de avaliação que mensurassem a funcionalidade do condutor idoso. Esse fato ratifica a importância de avaliação padronizada, validada e economicamente viável que colabore na identificação do motorista em risco. Evidenciou-se a necessidade de intervenções para a prática da geriatria e gerontologia, por meio de ações para formação de equipe multidisciplinar especializada em condução veicular, de modo a adequar as diretrizes de licenciamento a fim de atender às especificidades dos condutores idosos, considerando os aspectos sociais, econômicos, políticos e educacionais, especialmente nos departamentos de trânsito brasileiro.

Palavras-chave: Idoso. Condução de Veículo. Exame para Habilitação de Motoristas. Segurança no Trânsito. Terapia Ocupacional.

¹ Universidade Estadual do Ceará, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS). Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Estadual do Ceará, Departamento de Enfermagem, Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade. Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Estatística e Matemática Aplicada. Fortaleza, CE, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Danielle Félix Arruda Mourão
daniellearruda.doutorado@gmail.com

Recebido: 22/05/2023
Aprovado: 08/11/2023

Abstract

Objective: To map national and international scientific evidence regarding driving by older adults. **Method:** Scope review based on the manual proposed by the Joanna Briggs Institute. Searches were conducted in the MEDLINE, Web of Science, Scopus, SciELO databases, and grey literature through Google Scholar. **Results:** Out of 1,194 studies identified, 189 papers meeting eligibility criteria were selected. Pioneering countries in publications were Australia and the United States, with the peak of research occurring between 2013 and 2014. Study participants included healthy older adults (63.49%, 120), followed by those with Alzheimer's disease (17.46%, 33), Mild Neurocognitive Disorder (11.11%, 21), Parkinson's disease (6.88%, 13), and other comorbidities (19.58%, 37). Various interventions were identified, with 94.02% (178) assessing the effectiveness of instruments measuring the fitness of older drivers. **Conclusion:** There was a prevalence of studies aimed at identifying assessment tools to measure the functionality of older drivers. This underscores the importance of standardized, validated, and economically viable assessments that contribute to identifying at-risk drivers. The need for interventions in geriatrics and gerontology was evident, emphasizing the necessity for actions to establish a specialized multidisciplinary team in vehicular driving. This approach seeks to align licensing guidelines with the specific needs of older drivers, taking into account social, economic, political, and educational aspects, particularly within the Brazilian traffic departments.

Keywords: Older adult. Vehicle Driving. Driver's License Examination. Traffic Safety. Occupational therapy.

INTRODUÇÃO

Dirigir é uma complexa atividade instrumental de vida diária, altamente valorizada entre pessoas idosas e intimamente relacionada à sensação de bem-estar, autonomia e independência, conforme o documento oficial *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process*¹. A cessação da condução dificulta o cumprimento das tarefas, pode acarretar isolamento social e sintomas depressivos².

As licenças para dirigir de pessoas idosas podem variar de acordo com o país, a idade e o estado de saúde do condutor. Os países europeus praticam diferentes prazos de validade que variam entre licenças com tempo indeterminado, como na Áustria e Alemanha, e restrita a cada três anos, como na Grécia e Irlanda para motoristas acima de 65 anos³. No que diz respeito aos aspectos de saúde, 24 federações dos Estados Unidos e o distrito de Colúmbia possuem políticas opcionais para avaliações, nos outros 26 estados, testes mentais como interpretação de informação e julgamento apropriado são obrigatórios^{4,5}. No Brasil, a Lei nº 14.071 de 2020, diz “quando houver indícios de deficiência física ou mental, ou de progressividade de doença que possa diminuir a capacidade para

conduzir o veículo, os prazos previstos poderão ser diminuídos”, ficando a cargo do perito⁶.

Conforme as diretrizes publicadas pela *American Association of Motor Vehicle Administrators*, com o envelhecimento, há diminuição das habilidades funcionais (sensoriais, físicas e cognitivas) que pode afetar tanto a aptidão quanto o desempenho, resultando na incapacidade de dirigir^{7,8}. Existem muitos fatores que comprometem a competência motriz do motorista idoso, como diminuição da acuidade visual e auditiva, deficiências musculoesqueléticas (força e flexibilidade), estado clínico, efeitos colaterais de medicamentos e declínios cognitivos. Esses últimos merecem alerta para o tempo de reação, a velocidade de processamento e atenção, por serem essenciais à segurança do ato de dirigir⁹.

Os declínios cognitivos são, geralmente, provocados por doenças neurodegenerativas, mas existem pessoas com essas limitações que não atendem aos critérios de diagnóstico de demência, são aqueles com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), atualmente, Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL). A identificação do condutor idoso com prejuízo cognitivo é um desafio para estudiosos no assunto, fato que exige avaliações em diferentes domínios⁹.

É necessário compreender que as discussões sobre competência de direção são difíceis e geram grandes conflitos familiares. Os aspectos éticos para determinar a interrupção da condução são delicados e por isso, fragilizam a relação médico/paciente⁹. Assim, apresenta-se importante lacuna na segurança pública e saúde coletiva que deveria preocupar não somente familiares, como também profissionais de saúde, órgãos de trânsito e instâncias governamentais.

Dessa maneira, reconhece-se a relevância de compilar pesquisas neste contexto, tendo como objetivo mapear evidências científicas nacionais e internacionais sobre a condução veicular por pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de revisão de escopo baseada no manual proposto pelo *Joanna Briggs Institute*¹⁰, usando a extensão *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*¹¹. A revisão seguiu as cinco etapas de desenvolvimento: 1 - identificação das questões de revisão; 2 - localização de estudos relevantes; 3 - seleção de estudos; 4 - extração de dados; 5 - integração, resumo, relato de resultados para manter o rigor do processo de revisão¹². O protocolo desta revisão de escopo foi devidamente registrado na *Open Science Framework (OSF)* (<https://osf.io/>), com número de DOI:10.17605/OSF.IO/86BNK.

Utilizou-se da estratégia mnemônica *Population, Concept e Context (PCC)*, em que P = pessoa idosa; C = pessoa idosa habilitada; C = avaliação da condução veicular no mundo. Assim, elaborou-se a questão norteadora: quais as evidências científicas nacionais e internacionais sobre a condução veicular por pessoas idosas?

A estratégia de busca foi desenvolvida utilizando-se dos indexadores: Descritores Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*, em conjunto com linguagem não controlada: “aged” (idoso); “*automobile driver examination*” (exame para habilitação de motoristas); “*neuropsychological test*” (teste neuropsicológico); “*geriatric assessment*” (avaliação geriátrica); “*cognition*” (cognição) e “*occupational therapy*”

(terapia ocupacional). O operador booleano *AND* também foi usado em virtude da necessidade de maior sensibilidade.

Para realizar as buscas, foram acessadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Web of Science* do *Institute for Scientific Information*, *Scopus* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. E, para literatura cinzenta, *Google Scholar*.

Incluíram-se artigos na íntegra, cuja população eram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o estatuto da pessoa idosa no Brasil¹³ e ainda, aqueles que responderam à pergunta norteadora. Excluíram-se cartas ao leitor, comunicação prévia, editoriais, relatos de experiência, trabalhos publicados em anais de eventos e capítulos de livro. Não foram aplicados filtros de recorte temporal nem limite de idioma.

As buscas ocorreram em janeiro de 2023 e foram feitas de forma pareada e cega. Após a remoção dos estudos duplicados no gerenciador de referências *EndNote* e refinamento dos dados pelo *Rayyan QCRI* os títulos e resumos foram avaliados por dois revisores independentes (EAO e ASOR), seguindo os critérios de inclusão. As divergências e dúvidas foram resolvidas em debates até o consenso entre os pesquisadores. Os revisores realizaram a leitura dos artigos na íntegra, a fim de identificar as publicações que contemplavam o objetivo proposto, e as exclusões foram devidamente justificadas. As discordâncias que perduraram foram resolvidas por um terceiro revisor (DFAM) que avaliou as inconsistências.

Para a extração de dados, o *template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument*¹⁰ do *Joanna Briggs Institute* foi adaptado e organizado em tabela com 10 itens, divididos em dois capítulos, sendo o primeiro referente às características do estudo (título, autor, ano, país, objetivo e população); e o segundo, aos resultados extraídos dos estudos (método, tipo de intervenção, resultado e profissão dos pesquisadores).

Com relação aos níveis de evidência, os artigos foram analisados e categorizados de acordo com o

tipo de estudo, conforme os critérios do *JBI Levels of Evidence*⁴, com classificações distribuídas em eficácia, diagnóstico, prognóstico, avaliações econômicas e significatividade.

Os dados foram organizados em cinco categorias: população (pessoa idosa saudável e com comorbidades); tipos de intervenção (educativa e avaliativa); país e ano dos artigos; e, por último, profissão dos pesquisadores (autores dos artigos e avaliadores de testes).

As informações foram armazenadas em banco de dados, com auxílio de programas de edição de texto e planilhas eletrônicas projetadas em *software* manipulado por estatísticos, para reorganizar as variáveis e facilitar a construção dos elementos gráficos.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente Danielle Félix Arruda Mourão.

RESULTADOS

Identificaram-se 1.194 artigos, retiraram-se 805 duplicados, 81 após análise de título e resumo e 119 após aplicação dos critérios de elegibilidade (público abaixo de 60 anos, não responderam à pergunta norteadora, sem acesso e ainda, cartas ao editor, teses e relatórios). Desse modo, 189 artigos foram incluídos nesta revisão com o processo de busca e seleção dos estudos apresentados no fluxograma (Figura 1. Arquivo Suplementar).

Os artigos selecionados foram produzidos em 21 países, distribuídos nos seguintes continentes: 20,63% (39) na Europa (Reino Unido, Irlanda, Bélgica, Suécia, França, Portugal, Itália, Noruega, Finlândia, Áustria, Dinamarca, Holanda e Alemanha);

56,08% (106) nas Américas (Estados Unidos, Canadá, Argentina e Brasil); 17,46% (33) na Oceania (Austrália e Nova Zelândia); e 5,82% (11) na Ásia (Japão e Irã).

Ao considerar o ano de produção dos artigos, identificou-se que foram publicados entre 1991 e 2023. Nesse período, em apenas quatro anos não foram detectadas produções científicas. Os precursores em 1991 foram Austrália e Estados Unidos que, em conjunto com o Canadá, apareceram em maior número nas publicações, sendo 68 (35,98%), 31 (16,40%) e 27 (14,29%) artigos encontrados, respectivamente.

Em contraste, as produções científicas nos demais países não ultrapassaram 10 artigos, inclusive no Brasil, que foram identificados nove (4,76%). Adiciona-se que a década de 2011/2021 foi o período de mais interesse pela temática, tendo como consequência o elevado número de publicações, totalizadas em 52,91% (100), cujo ápice ocorreu entre 2013 e 2014 (Figura 2).

O interesse pela temática emergiu de diversas categorias profissionais, no entanto, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais tiveram maior destaque no número de publicações. Os médicos (306) compuseram a autoria de 117 artigos distribuídos nas especialidades: 183 clínicos gerais, 45 neurologistas, 40 geriatras, 15 psiquiatras, 14 oftalmologistas, seis fisiatras, um otorrinolaringologista, um cardiologista e um ortopedista. Os psicólogos (192) estiveram presentes em 91 estudos e terapeutas ocupacionais (185) em 84 artigos. Além da autoria dos artigos, essas três categorias também ficaram em evidência na aplicação de testes, porém, nessa função, os terapeutas ocupacionais ocuparam primeiro lugar, aparecendo em 44 estudos; psicólogos em 20; e os médicos em nove. Pontua-se que as demais categorias profissionais não aplicaram testes, não foram identificadas ou foram classificadas como outros, por não possuírem significativo número de publicações (Figura 3).

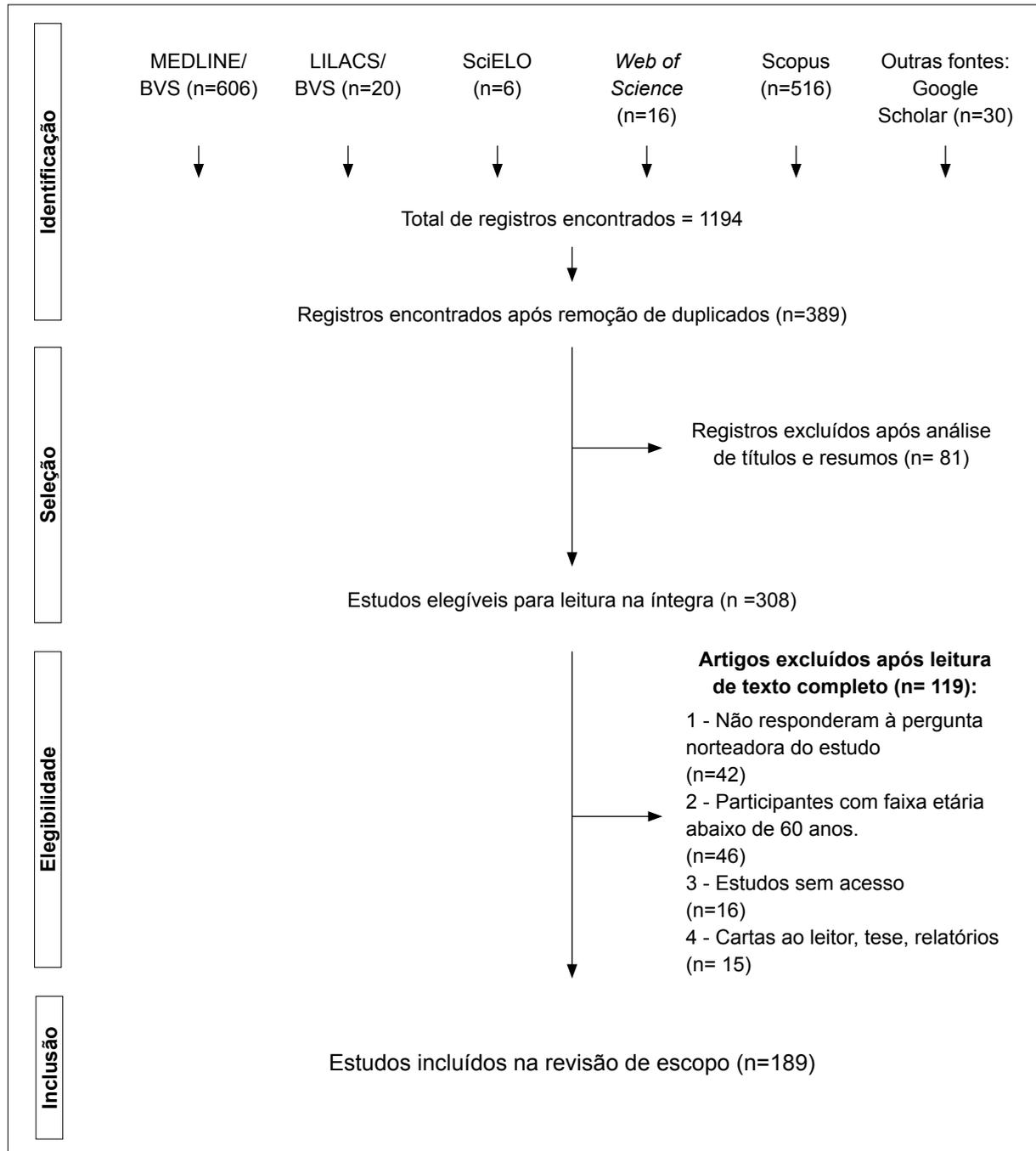


Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa, inclusão e exclusão de estudos revisados por pares para o mapa de evidências e revisão de escopo. Fortaleza, CE, 2023.

Fonte: Adaptado de PRISMA-ScR¹¹.

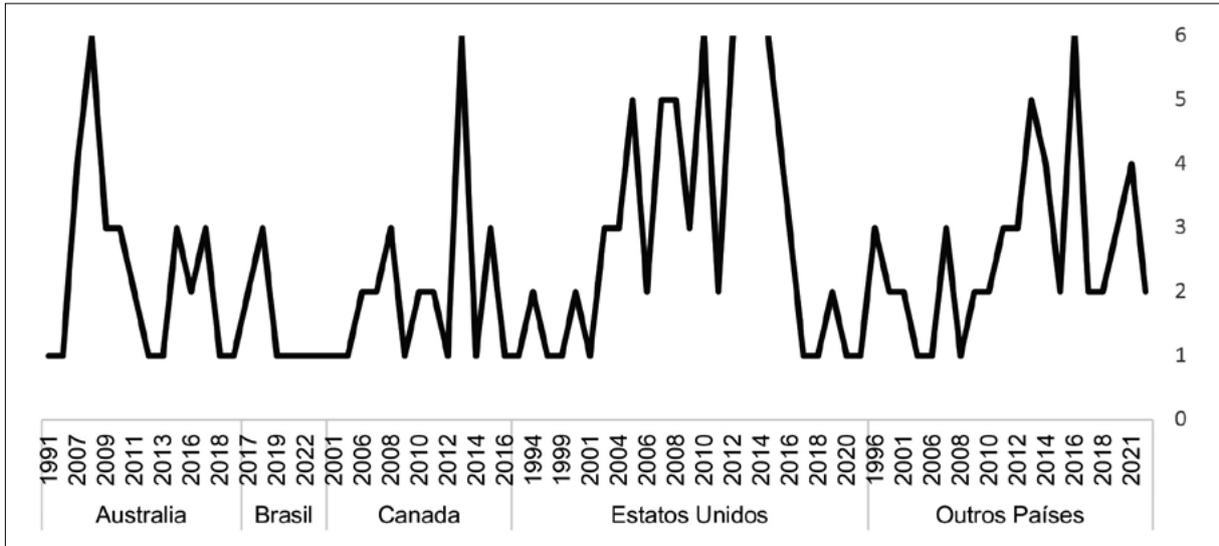


Figura 2. Produção científica sobre condução veicular de pessoas idosas por país e ano de publicação (1991 - 2023).

Fonte: Elaborada pelos autores.

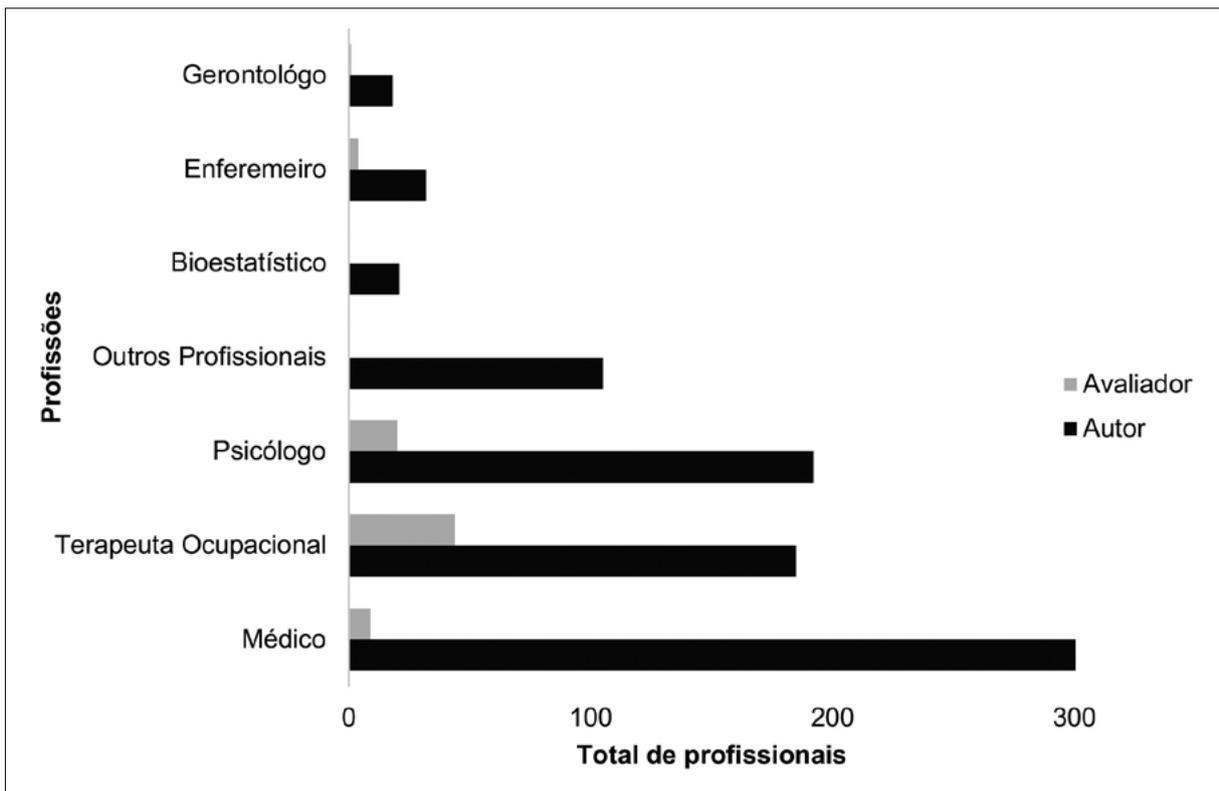


Figura 3. Número de publicações científicas sobre motoristas idosos por categoria profissional relacionada ao status do autor ou avaliador de testes. Fortaleza, CE, 2023.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nos artigos^{8,15-18}, foi identificado que o processo avaliativo da competência motriz é desenvolvido por profissionais de saúde de modo interdisciplinar. A avaliação *off-road* (em consultório) inicia-se com triagem conduzida por assistente social, mediante entrevista sobre o histórico de direção e psicossocial, juntamente com enfermeiro que investiga o histórico de saúde e as variáveis que interferem no declínio das funções essenciais para a direção. Os médicos analisam os aspectos clínicos que afetam a condução, quando necessário, solicitam exames para diagnóstico e avaliam efeitos das medicações sobre o ato de dirigir. O psicólogo faz rastreamento mental, planejamento e organização. Segue-se com a aplicação de testes que avaliam as funções físicas, sensoriais e cognitivas pelo terapeuta ocupacional. A avaliação padrão-ouro, *on-road* (na estrada), é realizada por instrutor de direção que fica no banco do passageiro, emitindo instruções, analisando as regras e a segurança ante as situações de direção. No mesmo momento, o terapeuta ocupacional, no banco traseiro, avalia os aspectos qualitativos do comportamento do motorista em termos de vigilância, confiança, distração e controle de impulso, como também pode fazer adaptações no veículo e restrições à direção. Após esses procedimentos, a equipe de avaliadores reúne-se para discutir o desempenho, classificar o condutor e fazer recomendações a serem repassadas na reunião de *feedback* que a assistente social realiza com o motorista e o familiar.

Com relação aos condutores idosos, observou-se que 55,70% (127) eram pessoas idosas saudáveis, 14,47% (33) com doença de Alzheimer (DA), 9,21% (21) com Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL), 5,70% (13) com doença de Parkinson e 14,91% (34) com outras comorbidades. É importante destacar que alguns estudos foram pontuados mais de uma vez, por terem sido desenvolvidos com mais de um tipo de participantes e/ou foram realizados em mais de um país.

Diferentes tipos de intervenções foram identificadas e categorizadas de acordo com sua abordagem, sendo avaliativa e educativa. As intervenções avaliativas totalizaram 94,38% (185) e foram subdivididas em 79,59% (156) intervenções

que avaliavam a eficácia de instrumentos que mensuram a aptidão de dirigir da pessoa idosa; 8,16% (16) intervenções que avaliavam a atuação/procedimentos dos profissionais de saúde para mensurar a aptidão do motorista idoso; 2,55% (5) intervenções que avaliavam o comportamento dos cuidadores familiares com relação ao motorista idoso; e 4,08% (8) intervenções que avaliavam as diretrizes de licenciamento em vários países (Tabela 1).

Os artigos^{19,20} sobre intervenções que avaliam a atuação/procedimento dos profissionais de saúde enfatizaram a importância de identificar em que medida avaliam a função mental para aptidão de dirigir mediante diversas limitações, sejam cognitivas, físicas e sensoriais. Os objetivos das referidas investigações eram pautados em detectar estratégias utilizadas pelos profissionais para cessação de direção em pessoas idosas; quantificar a eficácia e a confiabilidade de diferentes avaliadores para classificar comportamentos de direção em pessoas idosas mediante autoridades de licenciamento; estudar como recomendar sobre as licenças para motoristas idosos.

Em relação às educativas, 5,61% (11) concentraram-se em: três na educação de pessoas idosas, seis na sensibilização e formação de profissionais para avaliação dos motoristas idosos e duas na orientação e no suporte a familiares cuidadores. Salienta-se que o cruzamento dos tipos de intervenção com os países ultrapassa os 100%, em razão dos estudos que foram desenvolvidos em dois ou mais países (Tabela 1).

Ao analisar os níveis de evidências dos estudos, foram identificados 69,84% (132) para Eficácia; 15,87% (30) para Diagnóstico; 9,52% (18) para Significatividade; 4,76% (9) para Prognóstico, e não foram identificados estudos para Avaliações Econômicas. Dentre os níveis de evidência para Eficácia, destacaram-se os estudos observacionais sem grupo controle de nível 3E. Quanto aos níveis de Evidência para Diagnóstico, sobressaíram-se os estudos da acurácia do teste entre pacientes não consecutivos de nível 2B. Já para Significatividade, a prevalência foi de estudos qualitativos únicos de nível 3. Para Prognóstico, ressaltaram-se os estudos de coorte inicial de nível 1B (Tabela 2).

Tabela 1. Participantes e tipos de intervenção identificados nos 189 estudos selecionados e distribuídos por país. Fortaleza, CE, 2023.

	Países					Total %
	EUA	Canadá	Austrália	Brasil	Outros	
Participantes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Total %
PIS	46 (20,18)	22 (9,65)	17 (7,46)	9 (3,95)	33 (14,47)	55,70
PDA	17 (7,46)	3 (1,32)	5 (2,19)	-	8 (3,51)	14,47
PODC	6 (2,63)	1 (0,44)	4 (1,75)	-	10 (4,39)	9,21
PDP	6 (2,63)	1 (0,44)	3 (1,32)	-	3 (1,32)	5,70
POD	17 (7,46)	2 (0,88)	7 (3,07)	-	8 (3,51)	14,91
Total	92 (40,35)	29 (12,72)	36 (15,79)	9 (3,95)	62 (27,19)	100,00
Tipos de Intervenção	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Total %
EDU	7 (3,57)	4 (2,04)	-	-	-	5,61
AI	58 (29,59)	21 (10,71)	25 (12,76)	9 (4,59)	43 (21,94)	79,59
AP	7 (3,57)	1 (0,51)	3 (1,53)	-	5 (2,55)	8,16
AD	2 (1,02)	-	3 (1,53)	-	3 (1,53)	4,08
AF	2 (1,02)	-	1 (0,51)	-	2 (1,02)	2,55
Total	76 (38,78)	26 (13,27)	32 (16,33)	9 (4,59)	53 (27,04)	100,00

PIS: Participantes Idosos Saudáveis; PDA: Participantes com Doença de Alzheimer; PODC: Participantes com Outras Doenças Cognitivas; PDP: Participantes com Doença de Parkinson; POD: Participantes com Outras Doenças; EDU: Educativa; AP: Avaliação de Profissionais; AI: Avaliação de Instrumentos; AD: Avaliação de Diretrizes; AF: Avaliação com Familiar. Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Classificação do nível de evidências dos estudos incluídos na revisão segundo *Joanna Briggs Institute* (2013).

CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA	
Eficácia	
Nível 1A - Revisão sistemática de ECRs controlados	2
Nível 1B - Revisão sistemática de ECR e outros desenhos de estudo	2
Nível 1C – Ensaio Clínico Randomizado	8
Nível 1D - Pseudo-Ensaio Clínico Randomizado	13
Nível 3A - Revisão sistemática de coorte comparáveis	3
Nível 3B - Revisão Sistemática de coorte comparável e outros projetos de estudos inferiores	3
Nível 3C - Estudo de coorte com grupo controle	7
Nível 3D - Estudo de caso – controle	13
Nível 3E - Estudo observacional sem grupo controle	39
Nível 4A - Revisão sistemática de estudos descritivos	1
Nível 4B - Estudo transversal	32
Nível 4C - Série de casos	3
Nível 4D - Estudo de caso	2
Nível 5C - Pesquisa de bancada/opinião única de especialista	4
Diagnóstico	
Nível 2A - Revisão Sistemática de estudos de acurácia de testes entre pacientes não consecutivos	1
Nível 2B - Estudo da acurácia do teste entre pacientes não consecutivos	22
Nível 3B - Estudo diagnóstico de caso-controle	1
Nível 4B - Estudos de rendimento diagnóstico individual	6

continua

Continuação da Tabela 2

CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA	
Prognóstico	
Nível 1B - Estudo de coorte inicial	5
Nível 3B - Estudo de coorte (ou braço de controle do ECR)	4
Significatividades	
Nível 3 - Estudo qualitativo único	15
Nível 5 - Opinião única de especialista	3

ECR:Ensaio Clínico Randomizado. Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

Dentre os 21 países distribuídos em quatro continentes identificados nesta revisão, o destaque para Estados Unidos, Austrália e Canadá pode ser explicado pela preocupação com a segurança na condução de motoristas idosos que antecedeu aos anos de 1990. Isso pode ser comprovado com a pesquisa realizada em 1988, nos Estados Unidos, que mencionava a obrigatoriedade de os médicos relatarem, para as autoridades de licenciamento local, quando os pacientes apresentavam problemas de saúde²¹.

Nessa vertente, pesquisadores desses países motivaram-se a desenvolver programas vinculados aos órgãos de licenciamento, constituídos de entrevistas com o motorista idoso e seus familiares, avaliações clínicas, neurocognitiva, física e sensorial, além da avaliação na estrada, para facilitar a identificação de condutores em risco.

Nos Estados Unidos, o programa *DriveWise* aborda preocupações clínicas e necessidades emocionais de motoristas cuja segurança na direção é questionada, é composto por profissionais especializados na área de gerontologia⁹.

Na Austrália, a bateria *Occupational Therapy Driver Off-Road Assessment Battery / OT-DORA* foi desenvolvida para avaliar o desempenho na direção usando uma série de testes padronizados que devem ser utilizados em conjunto com as diretrizes de licenciamento do projeto *VicRoads*²².

No Canadá, foi desenvolvido um programa em parceria com agências de transporte provinciais e federais, o *Candrive*, com o objetivo de elaborar

um instrumento de triagem válido para identificar condutores que necessitam de avaliação abrangente e determinar a segurança na direção²³.

No Brasil, os estudos identificados nesta revisão concentraram-se nos aspectos: 1- caracterização dos motoristas idosos²⁴; 2- avaliação da velocidade da marcha, força de prensão, cognição e fragilidade, associando-as com resultados de exames de aptidão física e mental realizados para habilitação veicular ou com número de infrações de trânsito em diferentes ambientes de direção^{16,25-30}; e 3- busca de instrumentos para avaliação de condutores idosos³¹. Entretanto, não foram encontrados programas educativos, avaliativos e de reabilitação vinculados aos departamentos de trânsito para pessoas idosas, familiares e profissionais envolvidos no processo de (re)licenciamento. Tal lacuna reforça a necessidade de mais pesquisas sobre a temática. Salienta-se que o Código de Trânsito Brasileiro⁶ prevê avaliações e exames clínicos para a população em geral e, não exige avaliação específica para (re)licenciamento de pessoas com 60 anos ou mais.

A década em destaque nas publicações desta revisão ocorreu no período de 2011 a 2021, justificada por dois fatores, o primeiro aponta o maior crescimento mundial de pessoas acima de 60 anos nessa década, desde os anos de 1950³². E o segundo relaciona-se ao estabelecimento da Década da Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020, que colabora para os achados do estudo, visto que foi uma ação global cujas instituições governamentais se voltaram a adotar medidas de prevenção de acidentes no trânsito. Enfatiza-se ainda que os sinistros de trânsito ocupavam, nesse período, o oitavo lugar em causas de morte no contexto mundial³³.

A categoria profissional dos autores envolvidos na produção dos estudos é um dado pouco explorado na literatura, mas relevante para descobrir as áreas de conhecimento que têm demonstrado interesse pela temática e as respectivas necessidades, com a finalidade de promover avanços nas pesquisas científicas e, conseqüentemente, nas intervenções com a população em questão. Nesse aspecto, observou-se que, embora os médicos tenham sido a categoria profissional com maior destaque na autoria dos artigos, os geriatras não foram os que mais publicaram a respeito do assunto, assim como os profissionais especialistas em gerontologia.

O *Clinician's Guide to Assessing and Counseling Older Drivers*⁷ corrobora com os achados ao pontuar que os profissionais de saúde devem focar na avaliação de direção abrangente composta por avaliação clínica e na estrada que mensura funções superiores nos domínios executivos de tomada de decisão, navegação e resolução de problemas, usando os resultados para julgamento fundamentado sobre a provável condução.

O documento da *Austrroads*³⁴ pontua que as ações da equipe multidisciplinar sejam baseadas na identificação precoce do declínio funcional, investigação do cotidiano do motorista e otimização de sua capacidade. Destaca-se a importância do aconselhamento ao motorista e da estreita relação dos profissionais de saúde com as autoridades de licenciamento, por meio da emissão de relatórios sobre a condição de saúde, adaptação do veículo, reabilitação ou restrição da direção.

Constatou-se que as intervenções avaliativas se direcionaram a quatro abordagens: comportamento dos cuidadores familiares com relação ao motorista idoso, atuação dos profissionais de saúde, eficácia dos instrumentos de avaliação e diretrizes de licenciamento. As preocupações voltadas para tais abordagens são relevantes para vários países no mundo, inclusive o Brasil, por possuírem objetivos determinantes para o cuidado da pessoa idosa no trânsito e serem importantes à prática da geriatria e gerontologia.

Quanto as intervenções sobre avaliação da eficácia de instrumentos que mensuravam a aptidão de dirigir da pessoa idosa, identificou-se o interesse comum dos pesquisadores na busca de programa, protocolo,

bateria, ferramenta de rastreio, medida de triagem ou até mesmo de testes que sejam bons preditores para medir a competência motriz dessa população. Na literatura, outros estudos^{35,36} salientam que a aplicação de testes isolados não é determinante para prever os riscos na condução de motoristas idosos com ou sem limitações cognitivas.

As pesquisas^{4,37} com intervenções que avaliavam as diretrizes de licenciamento em vários países comungam de proposta sistemática que utilize instrumentos de avaliação baseados em modelo com referência na comunidade (inclui processo de avaliação em três níveis, sendo: 1- breve triagem de habilidades, 2- teste de conhecimento padrão e tempo de resposta perceptivo e, 3- avaliação com especialistas e/ou na estrada), e não na idade. Apontam as vantagens das políticas restritivas de (re)licenciamento, por meio de estágio transitório de direção restrita, evitando interrupção prematura e, muitas vezes, abrupta e traumática, mantendo a pessoa o maior tempo possível na estrada com segurança. Em consonância, os países membros da *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD), no relatório 2001, com projeções para 2030, alertam os governos nacionais para repensarem políticas e estratégias de licenciamento e para trabalharem com universidades, a fim de desenvolverem, em grupos de pesquisa, programas para avaliar limitações funcionais que impedem a segurança no trânsito, como também identificar aquelas que podem ser superadas, descrevendo opções eficazes de reabilitação³⁸.

As intervenções educativas, por sua vez, concentraram-se na educação de pessoas idosas, sensibilização e formação de profissionais para avaliação dos motoristas idosos e na orientação e no suporte de familiares/cuidadores.

Ao abordar a educação de condutores idosos, os estudos^{9,39} incluídos na revisão apresentam programas educacionais que auxiliam esse público a se manterem na direção de forma segura, por meio de intervenções práticas que abordam conteúdos de segurança, mudança de comportamento e ajustes do motorista e do veículo, a fim de evitar infrações e acidentes no trânsito: Em concordância, a revisão sistemática organizada em 2020⁴⁰ menciona o impacto das

intervenções na direção veicular de idosos saudáveis e aponta que os benefícios dependem do tipo de treinamento realizado, a exemplo, o treinamento baseado na educação com uso generalizado e eficácia comprovada no aumento do conhecimento e da autoconsciência do condutor, porém essa ação isolada não é suficiente para melhorar a capacidade de dirigir com segurança ou reduzir colisões. Já as intervenções baseadas em computador indicaram redução do risco de envolvimento em acidentes ao longo do tempo, sendo opção viável. As intervenções mistas também apresentaram bons resultados, na percepção dos motoristas, sobre as habilidades e a modificação positiva dos comportamentos na direção, subsequentes, ao retornar à estrada.

Com relação à sensibilização e formação de profissionais para avaliação dos motoristas idosos, observaram-se, nos estudos, dados sobre lacunas no conhecimento desses profissionais, fato que gera sentimento de insegurança relacionado à forma de apoiar os pacientes quando se aproximam do momento de cessar a direção ou no momento da aplicação de avaliações do desempenho de direção⁴¹. Em uniformidade com esses achados, Scott et al.⁴² relataram a dificuldade de clínicos gerais em gerenciar conversas voltadas para a cessação da direção de pacientes com demência e ressaltaram a relevância desses pacientes e dos familiares de compreenderem os impactos que a demência causa no ato de dirigir, a fim de facilitar a aceitação da interrupção da condução veicular, quando chegar o momento.

A orientação e o suporte aos familiares/cuidadores são fundamentais, considerando que alguns cônjuges colaboram para a continuidade da direção insegura de motoristas idosos. A exemplo disso, Jett et al.⁴³ mencionam a preferência de esposas em atuar como copiloto dos companheiros, em vez de assumir a responsabilidade de dirigir, e apontam a dificuldade dos familiares/cuidadores em convencer de que a condução veicular tornou-se perigosa para condutores idosos. Em conformidade, Liddle et al.⁴⁴ descreveram estratégias que os familiares dos condutores com demência utilizaram durante o processo de cessação da direção, dentre elas: negociação de acordos, de forma colaborativa, da interrupção da condução; familiares que se dispuseram a dirigir; redução da

visibilidade do carro ou de itens relacionados a ele; restrição dos percursos e horários da direção. Destaca-se, também, a relevância dos grupos de apoio aos cuidadores.

Quanto aos níveis de evidência, 15,87% do total da busca (189) foi de nível 1 para classificações (eficácia e prognóstico). Na revisão sistemática realizada por Classen et al.⁴⁵, achado semelhante evidenciou a necessidade de mais ensaios clínicos randomizados contínuos e estudos de nível 1, visto que pesquisas de intervenção bem delineadas indicam a eficiência dessas ações e auxiliam nas decisões clínicas.

É interessante adicionar que, embora a opinião de especialistas esteja em nível 5 nas evidências, esse tipo de estudo viabiliza aos pesquisadores conhecer o cenário relacionado à condução veicular sob a ótica de profissionais, familiares e dos próprios condutores. Acerca disso, Neilson et al.⁴⁶ ressaltam a importância desse tipo de estudo, quando mencionam as necessidades de dados qualitativos para entender as dificuldades com que os profissionais de saúde se deparam no dia a dia.

Ao considerar a complexidade da temática, acredita-se que as limitações desta revisão ocorreram no momento de apresentar as comorbidades que podem afetar a direção veicular e na abordagem dos instrumentos utilizados no processo de avaliação dos condutores em questão, que podem ter sido expostos superficialmente.

CONCLUSÃO

Esta revisão mapeou evidências científicas sobre diferentes abordagens acerca da condução veicular por pessoas idosas no contexto nacional e internacional. Evidenciou que Estados Unidos, Austrália e Canadá desenvolveram um número relevante de pesquisas com intervenções avaliativas e educativas permitindo maior suporte aos motoristas idosos, seus familiares e profissionais de saúde, em parceria com entidades governamentais.

Pontuou, também, a necessidade de novos estudos referentes à temática, tendo em vista as projeções mundiais que sinalizam rápido crescimento da população idosa nos próximos anos.

Identificou, ainda, a importância de mais estudos clínicos randomizados, com rigor metodológico que possibilitem intervenções eficazes para a prática da geriatria e gerontologia, de forma a melhor desenhar o perfil do motorista idoso, discutir e aconselhar sobre a direção veicular e recomendar a restrição ou interrupção da condução.

No Brasil, observaram-se lacunas relacionadas à produtividade de estudos, ao uso de avaliações específicas no processo de (re)licenciamento, às intervenções educacionais para condutores e familiares e à capacitação de equipe multidisciplinar nos departamentos de trânsito.

Nesse sentido, faz-se necessário que pesquisadores das áreas de geriatria, gerontologia e especialistas de tráfego, em parceria com órgãos de trânsito, realizem estudos que proporcionem avaliações específicas para motoristas idosos, reabilitação quando possível, suporte aos familiares/cuidadores e preparação para cessação da direção, trabalhando a autoconsciência da pessoa idosa.

Por fim, a adequação das diretrizes de licenciamento que atendam às especificidades

sociais, econômicas, políticas e educacionais do motorista idoso e a busca por avaliação padronizada, válida e economicamente viável que colabore para identificação do motorista em risco são demandas importantes no mundo.

AUTORIA

- Danielle Félix Arruda Mourão realizou a conceitualização, metodologia, validação e redação (rascunho original);
- Paulo César de Almeida e Thalys Rebouças de Oliveira colaboraram com a curadoria dos dados e análise formal;
- Alice Silva Osterne Ribeiro participou da investigação e visualização dos dados;
- Eveline Alves Oliveira contribuiu com a validação, redação (rascunho original, revisão e edição); e,
- Maria Célia de Freitas, supervisionou e auxiliou o processo de revisão e edição do texto.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

REFERÊNCIAS

1. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2020 Aug 31;74(Supplement_2):7412410010p1–87.
2. Fraade-Blanar LA, Ebel BE, Larson EB, Sears JM, Thompson HJ, Chan KCG, et al. Cognitive Decline and Older Driver Crash Risk. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(6):1075–81.
3. (Kit) Mitchell CGB. The Licensing of Older Drivers in Europe— A Case Study. *Traffic Injury Prevention*. 2008 Aug 15;9(4):360–6.
4. Kulikov E. The Social and Policy Predictors of Driving Mobility Among Older Adults. *J Aging Soc Policy*. 2010; 23(1):1–18.
5. Stav WB. Updated Systematic Review on Older Adult Community Mobility and Driver Licensing Policies. *Am J Occup Ther*. 2014;68(6):681–689.
6. Brasil. Lei no 14.071, de 13 de outubro de 2020. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para modificar a composição do Conselho Nacional de Trânsito e ampliar o prazo de validade das habilitações; e dá outras providências. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-14.071-de-13-de-outubro-de-2020-282461197>
7. Clinician's Guide to Assessing and Counseling Older Drivers. 4th ed. New York: The American Geriatrics Society; 2019.
8. Urlings JHJ, Cuenen A, Brijs T, Lutin M, Jongen EMM. Aiding medical professionals in fitness-to-drive screenings for elderly drivers: development of an office-based screening tool. *Int Psychogeriatr*. 2018;30(8):1211–25.
9. O'Connor MG, Kapust LR, Hollis AM. DriveWise: An Interdisciplinary Hospital-Based Driving Assessment Program. *Gerontol Geriatr Educ*. 2008;29(4):351–62.

10. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. JBI; 2020. [acesso em jan. 2023]. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73.
12. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Meth*. 2005;8(1):19–32.
13. Brasil. Lei n. 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. *Diário Oficial da União*. 25 jul. 2022; Seção 1.
14. JBI Levels of Evidence [Internet]. 2013 [acesso em ago. 2023]. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
15. Hollis AM, Lee AKW, Kapust LR, Phillips LK, Wolkin J, O'Connor MG. The Driving Competence of 90-Year-Old Drivers: From a Hospital-Based Driving Clinic. *Traffic Inj Prev*. 2013;14(8):782–90.
16. Lenardt MH, Lourenço TM, Betiolli SE, Binotto MA, Sétlik CM, Barbiero MMA. Handgrip strength in older adults and driving aptitude. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e20210729.
17. Unsworth CA, Baker A, Lannin N, Harries P, Strahan J, Browne M. Predicting fitness-to-drive following stroke using the Occupational Therapy – Driver Off Road Assessment Battery. *Disabil Rehabil*. 2018;41(15):1797–802.
18. Dickerson AE, Molnar LJ, Eby DW, Adler G, Bedard M, Berg-Weger M, et al. Transportation and Aging: A Research Agenda for Advancing Safe Mobility. *Gerontologist*. 2007;47(5):578–90.
19. Lovas J, Fereshtehnejad SM, Cermakova P, Lundberg C, Johansson B, Johansson K, et al. Assessment and Reporting of Driving Fitness in Patients with Dementia in Clinical Practice: Data from SveDem, the Swedish Dementia Registry. *J Alzheimers Dis*. 2016;53(2):631–8.
20. Unsworth CA. Using Social Judgment Theory to Study Occupational Therapists' Use of Information When Making Driver Licensing Recommendations for Older and Functionally Impaired Adults. *Am J Occup Ther*. 2007;61(5):493–502.
21. Kapust LR, Weintraub S. To Drive or Not To Drive: Preliminary Results From Road Testing of Patients With Dementia. *Topics in geriatrics*. 1992;5(4):210–6.
22. Unsworth CA, Russell K, Lovell R, Woodward M, Browne M. Effect of Navigation Problems, Assessment Location, and a Practice Test on Driving Assessment Performance for People with Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*. 2019;67(3):1035–43.
23. Marshall S, Bédard M, Vrkljan B, Tuokko H, Porter MM, Naglie G, et al. Candrive - Development of a Risk Stratification Tool for Older Drivers. *J Gerontol*. 2023;16.
24. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Cechinel C, Lourenço TM, Sakai LM. Características dos idosos submetidos aos exames para a carteira de habilitação veicular. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017;22(1):1–10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48220>
25. Binotto MA, Lenardt MH, Carneiro NHK, Lourenço TM, Cechinel C, Rodríguez-Martínez M del C. Fatores associados à velocidade da marcha em idosos submetidos aos exames para habilitação veicular. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3138.
26. Lenardt MH, Binotto MA, Carneiro NHK, Lourenço TM, Cechinel C. Associação entre cognição e habilitação para direção veicular em idosos. *Av Enferm*. 2018;36(2):179–87.
27. Binotto MA, Lenardt MH, Carneiro NHK, Cechinel C, Lourenço TM, Bento PCB, et al. Associação entre cognição, velocidade da marcha e habilitação veicular em idosos. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00541.
28. Lenardt MH, Garcia ACKC, Binotto MA, Carneiro NHK, Lourenço TM, Cechinel C. Non-frail elderly people and their license to drive motor vehicles. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):350–6.
29. Lenardt MH, Betiolli SE, Sakai LM, Carneiro NHK, Binotto MA, Moraes DC. Pré-fragilidade em idosos e a habilitação para direção de veículos automotores. *Rev Rene* [internet]. 2017;18(4):483–90. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20231>
30. Vasques AM, Borelli WV, Pinho MS, Portuguese MW. Verbal Learning as a predictor of risks of accidents in elderly drivers. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2022;80(1):30–6.
31. Vasques AM, Portuguese MW, Radaelli G, Gomes R. Avaliação cognitiva de condutores automotivos idosos: revisão integrativa. *Psico* [internet]. 2018;49(1):94–100. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/27446>
32. World Population Prospects - Department of Economic and Social Affairs Population Division - United Nations [Internet]. [acesso em fev 2023]. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/60plus/900>

33. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em mar 2023]. 403 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276462>
34. Assessing fitness to drive for commercial and private vehicle drivers: medical standards for licensing and clinical management guidelines. 6th ed. Austrália: Austroads; 2022.
35. Krasniuk S, Crizzle AM, Toxopeus R, Mychael D, Prince N. Clinical Tests Predicting On-Road Performance in Older Drivers with Cognitive Impairment. *Can J Occup Ther.* 2023;90(1):44-54.
36. Eramudugolla R, Laird M, Black AA, Cameron ID, Wood JM, Anstey KJ. Inability of the Mini-Mental State Exam (MMSE) and high-contrast visual acuity to identify unsafe drivers. *Accid Anal Prev.* 2022;168:106595.
37. Fildes BN, Charlton J, Pronk N, Langford J, Oxley J, Koppel S. An Australasian Model License Reassessment Procedure for Identifying Potentially Unsafe Drivers. *Traffic Inj Prev.* 2008;9(4):350-9.
38. OECD. Ageing and Transport: Mobility Needs and Safety Issues [Internet]. OECD; 2001. [acesso em jan. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264195851-sum-en>
39. Stav W. CarFit: An Evaluation of Behaviour Change and Impact. *Br J Occup Ther.* 2010;73(12):589-97.
40. Castellucci HI, Bravo G, Arezes PM, Lavallière M. Are interventions effective at improving driving in older drivers?: A systematic review. *BMC Geriatr.* 2020;20:125.
41. Butler M, Brookland R, Shope JT, Kerse N, Connolly MJ. Medical fitness to drive assessment with older drivers: A qualitative study with general practitioners in New Zealand. *J Transp Health.* 2020;17:100856.
42. Scott TL, Liddle J, Pachana NA, Beattie E, Mitchell GK. Managing the transition to non-driving in patients with dementia in primary care settings: facilitators and barriers reported by primary care physicians. *Int Psychogeriatr.* 2019;32(12):1419-28.
43. Jett K, Tappen RM, Rosselli M. Imposed versus involved: Different strategies to effect driving cessation in cognitively impaired older adults. *Geriatr Nurs.* 2005;26(2):111-6.
44. Liddle J, Tan A, Liang P, Bennett S, Allen S, Lie DC, et al. "The biggest problem we've ever had to face": how families manage driving cessation with people with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2015;28(1):109-22.
45. Classen S, Monahan M, Auten B, Yarney A. Evidence-Based Review of Interventions for Medically At-Risk Older Drivers. *Am J Occup Ther.* 2014;68(4):e107-14.
46. Neilson D, Chacko E, Cheung G. Assessing driving fitness in dementia: a challenge for old age psychiatrists. *Australas Psychiatry.* 2019;27(5):501-5.



Autoestima e estética na percepção de pessoas idosas de Centros de Referência de Assistência Social

Self-esteem and aesthetics in the perception of older adults from Social Assistance Reference Centers

Olivia Figueira¹ 
Carla Corradi Perini² 
Anor Sganzerla² 
Paulo Sergio Marcellini¹ 

Resumo

Objetivo: Analisar a percepção de pessoas idosas em relação a sua imagem corporal e autoestima. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva realizada com 28 pessoas idosas nos Centros de Referência de Assistência Social de Araucária, Paraná, Brasil. Foi aplicada entrevista com roteiro estruturado composto por 10 questões que abordavam os sentimentos em relação à estética no envelhecimento e às repercussões na autoestima. A análise dos dados foi realizada utilizando o software IRAMUTEQ®. **Resultados:** A análise da percepção em relação à estética e autoestima no envelhecimento resultou em 5 classes: classe 1 (19,8%) “Relação autoestima x autoimagem”, classe 2 (20,7%) “Sentimentos e sensações experimentadas”, classe 3 (20,7%) “Aspectos além da aparência que influenciam a autoestima”, classe 4 (18,1%) “Motivos para realizar cuidados estéticos” e classe 5 (20,7%) “Tipos de intervenções e cuidados estéticos”. Elevada autoestima foi encontrada em uma população vulnerável economicamente. Muitas pessoas idosas relataram que com o envelhecimento houve mudanças na forma como são tratadas, entretanto, isso não foi percebido somente de forma negativa. **Conclusão:** Embora a sociedade promova um padrão de beleza, as pessoas idosas conseguem viver de forma satisfatória, com elevada autoestima, sem serem influenciadas negativamente.

Palavras-chaves:

Envelhecimento. Idoso.
Autoestima. Estética.

Abstract

Objective: To analyze the perception of older adults regarding their body image and self-esteem. **Method:** A qualitative, exploratory, and descriptive study conducted with 28 older adults in the Social Assistance Reference Centers of Araucária, Paraná, Brazil. A structured interview with a questionnaire comprising 10 questions addressing feelings about aesthetics in aging and its repercussions on self-esteem was administered. Data analysis

Keywords: Aging. Older adult. Self-esteem. Aesthetics.

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Programa de Pós-Graduação em Bioética. Curitiba, PR, Brazil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho

Correspondência/Correspondence
Olivia Sandes Andrade Figueira Duarte
olivia2407@yahoo.com.br

Recebido: 09/08/2023
Aprovado: 09/11/2023

was performed using the IRAMUTEQ® software. *Results:* The analysis of perception regarding aesthetics and self-esteem in aging resulted in 5 classes: Class 1 (19.8%) "Self-esteem vs. self-image", Class 2 (20.7%) "Feelings and sensations experienced", Class 3 (20.7%) "Aspects beyond appearance influencing self-esteem", Class 4 (18.1%) "Reasons for engaging in aesthetic care", and Class 5 (20.7%) "Types of interventions and aesthetic care". Elevated self-esteem was found in an economically vulnerable population. Many older adults reported changes in how they are treated with aging; however, this was not solely perceived negatively. *Conclusion:* Despite societal promotion of a beauty standard, older adults can live satisfactorily with high self-esteem without being negatively influenced.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural em que o indivíduo é suscetível às modificações corporais e aos efeitos das influências socioculturais, inclusive padrões estéticos predeterminados¹. Dentre as formas de influência, pode-se mencionar os meios de comunicação e as redes sociais. Esses filtram a experiência de vida, apresentam e impõe um ideal estético de juventude e beleza, transformando o envelhecimento em uma realidade invisível².

Apesar dos padrões estéticos determinados socialmente, Adela Cortina³ nos diz que “nunca pode ser permitido que um grupo, por mais minoritário que seja, restrinja as liberdades individuais de seus membros, que os force a manter uma forma de vida que não desejam”. A possibilidade de se impor contra padrões estéticos determinados socialmente está associada à autoestima. A autoestima é entendida como a consideração ou sentimento que o indivíduo tem por si próprio, como se vê, como se sente⁴. Analisar e discutir a relação entre a autoestima e estética do envelhecimento a partir daqueles que envelhecem é importante, compreendendo que o envelhecimento não é vivido de forma homogênea entre as pessoas idosas, pois, muitas o rejeitam, sentindo-se desvalorizadas.

Dentre os grupos minoritários, destacam-se aqueles que vivem em situação de pobreza. Segundo dados do Governo Federal brasileiro, em 2020, 69% das pessoas idosas viviam com renda de até dois salários-mínimos⁵. A pobreza nessa faixa etária é um grande desafio, pois, quanto menos recursos financeiros, maiores são a fragilidade em saúde e a dependência da pessoa idosa. A pobreza compromete não somente as necessidades materiais e financeiras,

mas, engloba outras dimensões da pessoa idosa, como a social, a cultural e a relacional em geral. Isso pode repercutir em aspectos variados, incluindo a dimensão existencial, podendo gerar baixa autoestima⁶. Neste estudo, a pobreza é uma realidade da população participante, sendo consideradas pessoas idosas vulneráveis economicamente.

Segundo Adela Cortina⁷, a plena cidadania tem necessidade de união com os semelhantes, que suportem o diferente, uma vez que “integra um status legal, um status moral e uma identidade, pela qual a pessoa se sabe e se sente pertencente a uma sociedade”. A autora segue nos dizendo que a identidade não é algo que é dado, e sim algo que se negocia, a partir de lutas sociais que tornam o reconhecimento uma realidade. Entretanto, não basta o reconhecimento do outro, é indispensável que o próprio indivíduo escolha e defina sua identidade⁸. Em uma sociedade moderna que aspira igualdade entre seus membros, cada indivíduo deveria estar legitimado para definir quais pertencas considera mais identificadora. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é analisar a percepção da pessoa idosa em relação a sua imagem corporal e autoestima.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com 28 pessoas idosas cadastradas em dois Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de Araucária (PR): Industrial e Califórnia. O CRAS é a unidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) responsável por oferecer serviços, programas e benefícios voltados a prevenir situações de risco e a fortalecer os vínculos em áreas de vulnerabilidade social.

A amostra foi estabelecida por conveniência, que é uma técnica de amostragem não probabilística e não aleatória, utilizada para criar amostras de acordo com a facilidade de acesso. Foram adotados como critério de inclusão ser pessoa idosa, com idade mínima de 60 anos, e sem idade máxima, de ambos os sexos, inseridas em um dos CRAS de Araucária. Adotaram-se como critério de exclusão a presença de qualquer limitação cognitiva prévia que pudesse interferir na compreensão e resposta ao questionário. Foram abordadas 40 pessoas idosas, conforme elas procuravam o CRAS para algum tipo de auxílio ou para participar de atividades. Doze pessoas não tiveram interesse em participar, resultando em uma amostra final de vinte e oito.

A abordagem qualitativa oferece três possibilidades: pesquisa documental, estudo de caso e etnografia⁹. Este trabalho realizou o que é conhecido como estudo de caso, pois, adota um enfoque exploratório e descritivo, buscando demonstrar a multiplicidade de dimensões presentes.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que busca refletir as múltiplas dimensões de um fenômeno, não trabalhamos com o conceito de saturação, mas

com o objetivo de dar corpo à pesquisa, de forma aprofundada e abrangente. Segundo Minayo¹⁰, em uma pesquisa qualitativa deve prevalecer a certeza de se encontrar a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões.

O guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), em sua versão brasileira¹¹, foi utilizado desde o planejamento do projeto. Essa é uma ferramenta criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Rede Equator com objetivo de estabelecer indicadores para planejamento, execução e relatório de pesquisas qualitativas. Possui 32 itens em três domínios: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, desenho do estudo e análise dos resultados¹¹.

A técnica de pesquisa foi a entrevista estruturada com gravação de áudio. O instrumento de pesquisa foi composto de oito questões sociodemográficas e um roteiro de entrevista com 10 questões que abordavam os sentimentos em relação à estética no envelhecimento e às repercussões na autoestima. O roteiro utilizado para as entrevistas é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Roteiro de entrevista estruturada realizada. Araucária, PR, 2023.

1) Me fale o que você pensa sobre as intervenções estéticas realizadas pelas pessoas conforme envelhecem (pintura de cabelos, tratamentos e procedimentos estéticos, cirurgia plástica etc.)	6) O que mais te incomoda e o que você mais gosta na sua aparência hoje?
2) Você realiza algum tipo de cuidado ou intervenção estética em si mesmo? Caso positivo, quais?	7) O que você faz por se sentir obrigado (a)/ exigido (a) por outros do ponto de vista estético?
3) Você acha que os cuidados estéticos que você tem com você mesmo (a) são porque você gosta, ou por que é o que esperam de você?	8) Como você se vê ao olhar no espelho?
4) Como você se sente em relação a sua aparência atualmente? Explique.	9) Você se considera autoconfiante em relação a sua aparência? Explique.
5) Sua aparência modifica como é tratado pelas pessoas (familiares, amigos, desconhecidos)? Como?	10) Como você acha que está sua autoestima enquanto você envelhece? Explique.

Fonte: Figueira, 2023.

As entrevistas foram realizadas entre julho/2022 e março/2023, por uma pesquisadora auxiliar, que atua nos CRAS como psicóloga. A entrevistadora auxiliar recebeu treinamento específico para as entrevistas sem comprometer a imparcialidade das respostas e sem modificar o roteiro pré-estabelecido. A imparcialidade foi verificada através do áudio resultante das entrevistas. Essas foram realizadas em local reservado, sem nenhuma pessoa presente além do participante e da entrevistadora. Os áudios das entrevistas foram gravados em MP4 e tiveram uma duração de 4 a 9 minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo realizada a limpeza das falas, que consistiu em correções de erros gramaticais e transformação de figuras de linguagem em textos, sem modificar o conteúdo dos relatos. Foi necessário ouvir as entrevistas pelo menos três vezes, para garantir a assimilação de todos os dados para discussão. Para realizar a análise dos dados foi utilizado o software IRAMUTEQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) com fonte aberta permitindo fazer análises estatísticas sobre corpus textuais¹².

Os dados apresentados na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) são o resultado gráfico do IRAMUTEQ® de todas as entrevistas agrupadas (corpus textual). Na CHD são analisados número de textos, segmentos de textos, de formas distintas, número de ocorrência, frequência média das formas, número de classes e retenção de segmentos de texto¹². Ele informa as classes, sendo cada classe composta de vocabulário semelhante entre si e ao mesmo tempo diferente das outras classes, calculando distâncias e proximidades a partir de testes de qui-quadrado (χ^2). Com base nessa análise, o software organiza os dados em um dendrograma.

A autorização para a participação foi realizada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) baseado nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹³. Foi preservada a identidade dos participantes (nomes modificados para siglas p. ex: MLS). Foi esclarecido que eles possuíam liberdade para encerrar a entrevista a qualquer momento, ou para não responder alguma das perguntas, sem gerar qualquer

tipo de questionamento por parte da entrevistadora. O projeto obteve parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) mediante n. 5.445.753.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados anonimizados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no OPENICPSR e pode ser acessado em <https://www.openicpsr.org/openicpsr/project/194962/version/V2/view>.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa resultados e discussão serão apresentados em conjunto.

Caracterização e Distribuição Sociodemográfica dos Participantes

As características sociodemográficas dos participantes estão demonstradas na Tabela 1.

Segundo IBGE¹⁴, a população brasileira hoje é de 203.062.512 pessoas, e no Paraná, vivem 11.443.208 pessoas, sendo 11% dessa população de pessoas idosas. Foi encontrado uma população de baixa escolaridade, como esperado, uma vez que o analfabetismo, que hoje atinge 6% da população brasileira, está presente nas classes mais vulneráveis economicamente.

Nesta pesquisa foram encontrados dados congruentes com o que pesquisadores chamam de “Feminização do envelhecimento”¹⁵. Não está claro porque desse processo na população brasileira, sugere-se que seja fruto de diversos fatores, como mais mulheres na população brasileira, e expectativa de vida maior que homens.

Em relação à moradia, 43% vivem com família e 46% sozinhos. O fato de morar sozinho sugere que essas pessoas idosas têm boa autonomia e mantêm sua funcionalidade. Por outro lado, viver com família não significa perda de autonomia.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes (N=28). Araucária, PR, 2023.

Variáveis	Número	Percentual
Sexo		
Feminino	25	89
Masculino	3	11
Faixa etária		
60-64	7	25
65-69	13	46
70-74	6	21
75-79	1	4
80-89	1	4
90 diante	0	0
Com quem vive		
Cônjuge	3	11
Família	12	43
Sozinho	13	46
Outros	0	0
Estado civil		
Solteiro	2	8
Casado; união estável	6	21
Separado; divorciado	6	21
Viúvo	14	50
Escolaridade		
Analfabeto	10	35
Ensino Fundamental Incompleto	15	54
Ensino Médio	3	11
Trabalho remunerado		
Sim	4	14
Não	24	86
Trabalho voluntário		
Sim	3	11
Não	25	89

Análise da percepção das pessoas idosas sobre sua autoimagem e autoestima

O software IRAMUTEQ® organizou dados e encontrou 278 textos (entrevistas de 28 participantes, 10 questões cada e duas não respondidas), 327 segmentos de textos (ST), 7375 números de ocorrências (palavras, termos ou vocábulos), subdivido em 572 formas ativas, 118 formas suplementares e 5 números de classes. Dos

327 segmentos de textos classificados, 232 tiveram aproveitamento, correspondendo a 70,95%.

A partir da análise do IRAMUTEQ® formaram-se grupos temáticos de subtemas que emergiram das falas dos entrevistados que deram origem às classes: 1 “Relação Autoestima x Autoimagem”, 2 “Sentimentos e sensações experimentadas”, 3 “Aspectos além da aparência que influenciam a autoestima”, 4 “Motivos para realizar cuidados estéticos” e 5 “Tipos de intervenções e cuidados estéticos”, conforme Figura 1.

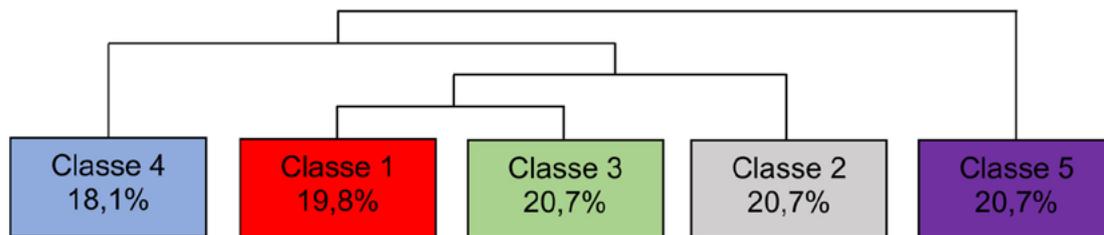


Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente. Araucária, PR, 2023.

Classe 1: Relação autoestima x autoimagem; classe 2: Sentimentos e sensações experimentadas, classe 3: Aspectos além da aparência que influenciam a autoestima, classe 4: Motivos para realizar cuidados estéticos, classe 5: Tipos de intervenções e cuidados estéticos.

Fonte: Software IRAMUTEQ® 7.2, 2023.

Classe 1: Relação autoestima x autoimagem

Autores descrevem que pessoas idosas podem apresentar baixa autoestima por insatisfação com o corpo relacionado às perdas físicas, funcionais e sociais^{4,16,17}. Foi observado nesta pesquisa que as pessoas idosas se referem a sua saúde como importante determinante da autoestima.

A relação entre saúde e autoestima ficou evidente em relatos como:

“Gostava de me arrumar..., mas agora não mais, sou muito doente, tenho muito problema de saúde” (Perg. 01, Resp.15);

“Quando me sinto bem é por saber que estou bem de saúde” (Perg. 09, Resp. 28);

“Minha autoestima está boa... eu pego remédio para dormir e não preciso tomar” (Perg. 10, Resp. 08).

A autoimagem pode interferir na autoestima devido uma visão estigmatizante e preconceituosa do indivíduo que envelhece diante de seu próprio corpo¹⁸:

“Me sinto feia, estou diferente depois que envelheci” (Perg. 04, Resp. 15);

“Vejo que não estou com uma boa aparência, estou velha demais, estou acabada” (Perg. 04, Resp. 21).

A presença de problemas físicos e sociais gera insegurança, repercutindo de forma negativa na

autoestima. A baixa escolaridade frequente em diferentes regiões do Brasil compromete o acesso à educação em saúde e a mobilização social, que interfere na possibilidade de melhoria da qualidade de vida e, possivelmente, na autoestima¹⁹.

Foram encontradas 21 pessoas idosas que disseram se sentir bem, e somente sete não se sentem bem com a aparência. Desses sete foram observadas falas como:

“Não me sinto bem, se eu pudesse eu mudaria” (Perg 4, Resp. 09);

Apesar da percepção negativa de algumas, a maioria tem percepção positiva:

“Me sinto bem como eu sou, de forma natural” (Perg 4, Resp. 02);

“Me acho bonita, eu sou feliz” (Perg 4, Resp. 05);

“Vivo muito bem com a minha idade, eu me amo muito e gosto de me arrumar” (Perg 4, Resp. 06);

A maior parte dos entrevistados relatou se sentir bem (21 dos 28) observado em falas como:

“Minha autoestima está alta, não me deixo abater” (Perg 10, Resp. 02);

“Minha autoestima está boa, eu me acho bonita, meu corpo também está adequado a minha idade” (Perg 10, Resp. 04).

Pode-se observar que, independentemente da idade, grande parte delas se sente bem, percebendo o envelhecimento, alguns desejando ou até mesmo realizando cuidados estéticos, porém, sem querer esconder o envelhecimento. Essas pessoas percebem o tempo passar, as rugas, comorbidades clínicas associadas, e lidam com elas. Esse resultado pode ser observado em outros estudos revisados por Yokomizo e Lopes²⁰, em que pessoas idosas procuram não se vitimar diante da inevitabilidade do envelhecimento e aceitam a velhice sem a amargura pelo fim da juventude.

Entretanto, as pessoas idosas com prejuízo na funcionalidade têm baixa autoestima:

“Minha autoestima não está tão boa porque estou ficando debilitada... sou mais devagar” (Perg 10, Resp. 07).

Foi observada insatisfação com a autoimagem diretamente associada ao perfil de vulnerabilidade social e econômica dessa população:

“Me sinto mal quando vou sair com outras pessoas, quero comer escondido” (Perg 10, Resp. 01);

“Não tenho todos os dentes, por isso tenho vergonha de comer na frente dos outros” (Perg. 06, Resp. 01).

É necessário entender que todo ser humano tem uma identidade narrativa, que é fruto de sua história, do passar dos anos e do somatório de experiências. Isso significa que não se pode compreender uma pessoa sem compreender sua história, seus relatos de vida, pois, elas são a chave para sua forma de ver o mundo, seu contexto e seu estado atual²¹. As marcas do tempo, e a estética do envelhecimento são essas histórias, vivências e experiências. Quando a sociedade impõe modificações na aparência das pessoas idosas, propõe esconder as suas reais experiências vivenciadas.

Classe 2: Sentimentos e sensações experimentadas

Ao buscar compreender como se sentem as pessoas idosas em relação a sua autoestima foram

observados sentimentos e sensações diferentes. Pode-se perceber diferentes formas de *coping*, que é descrito pelo conceito de inteligência emocional como o método de enfrentamento de estresse de cada indivíduo²².

Dentre as formas de lidar com o processo de envelhecimento, foram observadas diferentes estratégias de aceitação, e muitas pessoas idosas se relacionam com a religião, de forma que a relação que apresentam com Deus assume essa função. Na relação descrita com o divino (e/ou Deus), muitos dizem aceitar sua situação atual, pois, seria da vontade de Deus, uma forma de *coping* religioso. Este foi definido por Pargament²³ como a utilização de estratégias de caráter religioso/espiritual para lidar com as situações de estresse e sofrimento.

O *coping* religioso pode ser observado em algumas falas:

“Eu sou velha e eu sinto que estou mais perto de Deus” (Resp. 08, Perg. 04);

“Me sinto linda, porque sou evangélica e me sinto linda perante Deus” (Resp. 26, Perg. 04).

Foram encontradas 16 pessoas idosas que percebem uma mudança no tratamento recebido por conta da aparência, e 12 não sentem essa mudança. Entretanto, nem todos que observaram a mudança consideram-na negativa:

“Minha aparência muda como sou tratada, sinto que sou vista positivamente” (Perg 5, Resp.03);

“Recebo elogios por causa da minha idade, e eu fico muito feliz” (Perg 5, Resp. 06);

“Eu acho que me tratam bem porque sou assim, arrumada, alegre” (Perg 5, Resp. 17).

Alguns percebem essa mudança de forma negativa:

“Algumas pessoas falam que estou velha, fazem piada” (Perg 5, Resp.08);

“Modifica sim, as pessoas falam que estou acabada” (Perg 5, Resp. 13).

Entre as 12 pessoas idosas que não percebem modificação no tratamento pode-se observar falas como:

“Não modifica, as pessoas gostam de mim do jeito que eu sou” (Perg 5, Resp. 12);

“Não modifica, todos me tratam normal” (Perg 5, Resp. 24);

“Todos me tratam bem, ninguém liga para minha aparência” (Perg 5, Resp.28).

Classe 3: Aspectos além da aparência que influenciam a autoestima

Foi bastante evidenciada a relação entre autoestima e estética, entretanto, foram percebidas outras questões importantes para essa população, como a relação familiar e autonomia. Ao descrever sua autoestima diversas pessoas idosas abordaram a autonomia em dois aspectos, como funcionalidade e como princípio bioético.

A autonomia funcional foi mencionada:

“Eu ainda consigo sair, eu venho participar das atividades” (Resp. 02, Perg. 04);

“Estou ativa, faço vários serviços... não fico trancada em casa” (Resp. 25, Perg. 04);

“Ainda tenho força e autonomia, me sinto bem” (Resp. 07, Perg. 06).

Autonomia funcional na pessoa idosa é bem discutido na literatura devido sua grande importância nesse período da vida. A importância da manutenção da autonomia como forma de promover qualidade de vida no envelhecimento já está demonstrada²⁴, assim como a manutenção da capacidade funcional para o envelhecimento saudável²⁵. Estudo realizado em Fortaleza, com 821 pessoas idosas de 60 a 100 anos, encontrou que quanto maior a renda menor a chance de adoecer¹⁹. Por isso, as desigualdades sociais e de saúde necessitam de maior atenção para a equidade no cuidado, de forma a permitir que pessoas idosas em situação de vulnerabilidade econômica mantenham sua autonomia funcional¹⁹.

A autonomia como princípio bioético é um direito do idoso tanto pelo Estatuto do Idoso²⁶ quanto pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), que estabelece que ninguém deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, sob pena de “violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais”²⁷.

A importância de preservar a decisão acerca da própria vida é presente nas falas:

“Faço o que eu quero e porque eu quero, não porque me obrigam” (Resp. 22, Perg. 07);

“Não aceito ordem de ninguém, nem dos meus filhos, eu que mando na minha vida” (Resp. 25, Perg. 07);

“Não gosto que fiquem me dizendo o que devo fazer, não gosto que me digam se eu posso ou não fazer alguma coisa porque estou velha” (Resp. 24, Perg. 06).

Outro ponto valorizado pelas pessoas idosas é a relação com a família;

“Os filhos ficam falando para as mães que elas estão velhas, isso não é legal...porque as mães sabem que estão envelhecendo, não precisa ficar falando” (Perg 05, Resp. 18).

Entende-se que, a forma como a pessoa idosa construiu suas relações tem influência direta em como irá experimentá-las na velhice.

Classe 4: Motivos para realizar cuidados estéticos

A maior parte dos entrevistados diz que faz ou não determinado cuidado por ser do seu desejo. Isso está alinhado com pesquisa realizada com 50 mulheres idosas que buscava avaliar a motivação para a realização de cirurgia estética, e observou que as idosas submetidas à cirurgia relatavam como principais motivadores o desconforto físico e a insatisfação com a autoimagem²⁸.

Nas falas sobre intervenções estéticas pode-se identificar alguns motivos para realização de cuidados estéticos:

“Acho legal para quem não quer aparentar o envelhecimento e para parecer mais jovem” (Perg. 01, Resp.18);

“Os cuidados estéticos que tenho comigo são porque esperam de mim, porque se não me arrumar não me sinto bem no meio dos outros” (Perg. 03, Resp. 01);

“Esperam isso de mim, meu namorado mesmo falou que era para eu pintar o cabelo” (Perg. 03, Resp. 15).

Agravado pela cobrança social de embelezamento, aqueles que não dispõem de recurso financeiro podem se sentir envergonhados ou culpados²⁰:

“Me sinto velha demais, gostaria de ter dinheiro para fazer cirurgia plástica” (Perg. 01, Resp. 21);

“Eu gostaria de mudar..., mas como não tenho dinheiro tenho que ficar assim mesmo” (Perg. 04, Resp. 09).

A baixa autoestima e a rejeição social podem estar na base do surgimento do sentimento de solidão, que pode ser vivido com angústia, uma vez que a pessoa idosa pode se sentir sozinha apesar de rodeada por outras pessoas, ao sentir que lhe falta suporte, especialmente afetivo²⁹.

Como sociedade, deve-se entender que a ética se contrapõe à indiferença, e que uma sociedade ética tem que cuidar dos mais vulneráveis. Apesar de muitas mulheres idosas se sentirem livres para escolher sua aparência, alguns autores sugerem que a associação do envelhecimento com doenças tem implicado em práticas antienvhecimento para mulheres como construção constante da identidade de gênero²⁰. Ao associarem envelhecimento com doença, buscam por procedimentos estéticos com o objetivo de disfarçar a idade. As mulheres parecem sofrer mais o estigma do envelhecimento, sendo vítimas da preocupação exacerbada com a aparência física, onde o cuidado com a estética corporal se

torna sinônimo de felicidade, e o corpo é elevado a capital cultural, simbólico, social e econômico³⁰.

Entretanto, pesquisas recentes tem apontado que muitas mulheres idosas, independente de classe social, consideram a velhice o momento de maior liberdade³¹. Esse entusiasmo pode ser uma das causas pelas quais parte dessa população consegue se libertar das imposições sociais transparecendo sua velhice conforme lhes convém.

Apesar do estigma, parece haver uma mudança na imagem da velhice. Quando as mulheres se libertam dessas imposições, passam a se sentir realizadas pela construção de vida, e não pela aparência, e começam a ocupar espaços previamente esvaziados como espaços culturais e recreativos³²:

“nunca gostei de esticar os olhos, esticar testa, esticar pescoço, eu quero ser o que eu sou” (Perg 03, Resp. 04);

“gosto de ser natural” (Perg 03, Resp. 07).

A cultura tem uma força transformadora, e estabelece condutas que são reguladas por normas e sustentadas por um conjunto de valores que os legitimam e os tornam compreensíveis, institucionalizados⁸. Entretanto, a cultura não é absoluta, ela nasce e se transforma, e pode morrer quando não tem capacidade para responder aos novos desafios apresentados pelo entorno⁸.

Classe 5: Tipos de intervenções e cuidados estéticos

O envelhecimento tem rosto feminino, as mulheres são mais numerosas e vivem mais³³. Por esse motivo é necessário dar uma resposta social, comunitária e pessoal de cuidado, atenção e responsabilidade. Pensar eticamente nas mulheres idosas leva à necessidade de pensar o cuidado como resposta.

As mulheres idosas foram mais numerosas nessa pesquisa, puderam expor sua percepção sobre a necessidade de modificar ou aceitar o envelhecimento. Parte-se da ideia de que o estereótipo pode não estar somente vinculado

ao preconceito, mas, pode ser entendido como crença generalizada, resistente a mudanças ou novas informações, sobre atributos pessoais de um grupo³⁴. A maior parte dos entrevistados relatou lidar bem com essas características:

“em mim somente creme no rosto e nunca pintar cabelo” (Perg. 02, Resp. 05);

“gosto de maquiagem, pintar unha” (Perg. 02, Resp. 06);

Entre os 28 participantes da entrevista, 19 afirmaram não pintar cabelo.

As mulheres idosas deram grande importância ao uso de cosméticos e maquiagem, mesmo as que dizem não pintar o cabelo, isso demonstra preocupação com a aparência que pode não estar relacionada com transparecer juventude. Apesar do envelhecimento feminino ser baseado em padrões de desigualdade progressos que se perpetuam, percebe-se uma mudança na mentalidade dessas mulheres, que assumem o protagonismo de suas vidas.

Na literatura, filósofos também se libertaram de amarras sociais, amadureceram seus trabalhos e produziram grandes textos após os 60 anos. Kant publicou após 66 anos *Crítica do Juízo* e *A religião dentro dos limites da mera razão*. Platão após os 60 anos realizou grandes obras: *O sofista*, *O político*, *Timeu*, *Crítion*, *Filebo*, este último já aos 74 anos³⁵. Eles nos mostram através do exemplo a grandiosidade que pode ser encontrada na velhice. Cicero também fala da “arte de envelhecer”, como a habilidade de encontrar o prazer que todas as idades podem proporcionar.

Por se tratar de um estudo onde a amostra foi estabelecida por conveniência, que tem em conta a disponibilidade de pessoas para fazer parte da pesquisa, os participantes e os resultados podem não representar uma amostra representativa de toda população brasileira.

CONCLUSÕES

Neste estudo foi encontrada elevada autoestima em uma população vulnerável economicamente.

Muitas pessoas idosas perceberam mudanças na forma como são tratadas por conta do envelhecimento. Entretanto, essas mudanças não são percebidas somente de forma negativa. Alguns percebem benefícios em aparentar a idade, como respeito e cuidado por parte de familiares e amigos. Observou-se uma população resiliente, que aceita o envelhecimento e emprega seus meios para o seu enfrentamento.

Com o envelhecimento populacional, mais estudos sobre autoestima e estética no envelhecimento são necessários. Para estar de fato em uma sociedade justa, onde as pessoas idosas tenham sua cidadania respeitada é preciso trazê-las para a discussão.

Foi encontrado nesta pesquisa uma população de pessoas idosas autônomas, ciente de suas conquistas e com capacidade de lidar com perdas e limitações do envelhecimento.

AUTORIA

- Olivia Figueira: concepção e delineamento, redação do artigo, responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra;
- Carla Corradi Perini: revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada;
- Anor Sganzerla: revisão crítica;
- Paulo Sergio Marcellini: revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a CAPES pelo financiamento da publicação e da tradução do artigo. Agradecemos aos CRAS de Araucária que permitiram e viabilizaram a pesquisa, aos participantes voluntários, e à pesquisadora auxiliar.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

- Batistoni SST, Neri AL. Percepção de classe social entre idosos e suas relações com aspectos emocionais do envelhecimento. *Psicol em Pesqui* [Internet]. 2007;1(2):3–10. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23687>
- Lumbreras S. El ideal de un hombre que esquivo al tiempo: Tecnología e vejez. In: Usanos RA, editor. *Bioética para una sociedad envejecida*. Madrid: Comillas - Universidad Pontificia; 2022. p. 179–93.
- Cortina A. *Cidadãos do Mundo por uma teoria da cidadania*. 4a ed. Madrid: Editora Loyola; 2005. 153 p.
- Copatti SL, Kuczmainski AG, Sá CA De, Ferretti F. Imagem corporal e autoestima em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Estud interdisciplinares sobre Envelhec* [Internet]. 2017;22(3). Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/60583>
- IDOSOS E FAMÍLIA NO BRASIL Fatos e Números [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf>
- Fernandes AI. Pobreza e pessoas idosas: A dimensão subjetiva e existencial do fenômeno. *Rev Ibero-Americana Saúde e Envelhec* [Internet]. 2015;1(2):156. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/59
- Cortina A. *Cidadãos do Mundo por uma teoria da cidadania*. Madrid: Editora Loyola; 2005. 139 p.
- Cortina A. *Cidadãos do Mundo por uma teoria da cidadania*. 4a ed. Madrid: Edições Loyola; 2005.
- Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empres* [Internet]. 1995;35:20–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>
- Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017;5(7):1–12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
- Dos Santos Souza VR, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021;34:eAPE02631. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>
- Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. 2013. Disponível em: www.r-project.org
- BRASIL CNDS. Ministério da Saúde [Internet]. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD [Internet]. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/>
- Cepellos VM. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Rev Adm Empres* [Internet]. 2021;61(2):e20190861. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFzHKyBhqGPc4j/>
- Guimarães JS, Lima AP, Cardoso FB. Efeito da prática do Tai Chi Chuan na autoestima e autoimagem de idosos. *Rev Bras Prescrição E Fisiol Do Exerc* [Internet]. 2017;11(71):952–9. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1317>
- Santos I, von Humboldt S, Leal I. O efeito da imagem corporal e da satisfação conjugal no ajustamento ao envelhecimento dos idosos. *Psicol Saúde Doença* [Internet]. 2020;21(01):111–6. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339135967_O_efeito_da_imagem_corporal_e_da_satisfacao_conjugal_no_ajustamento_ao_envelhecimento_The_effect_of_physical_image_and_marital_satisfaction_in_the_adjustment_to_aging_of_older_adults
- Silva MR da, Rodrigues LR. Conexões e interlocuções entre autoimagem, autoestima, sexualidade ativa e qualidade de vida no envelhecimento. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(3). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344367369_Connections_and_interlocations_between_self-image_self-esteem_active_sexuality_and_quality_of_life_in_ageing
- Oliveira anayne de S, Freitas SKS de, Vilar NBS, Saintrain SV, Bizerril DO, Saintrain MV de L. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. *J Heal Biol Sci* [Internet]. 2019;Revisado(4):395–8. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2343>
- Yokomizo P, Lopes A. Aspectos socioculturais da construção da aparência no envelhecimento feminino: uma revisão narrativa. *Rev Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2019;22:285–317. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2019v22iEspecial26p285-317>
- Torralla F. Hacia una bioética del cuidado. In: Usanos RA, editor. *Bioética para una sociedad envejecida*. Madrid: Comillas - Universidad Pontificia; 2022. p. 123–42.

22. Fteiha M, Awwad N. Emotional intelligence and its relationship with stress coping style. *Heal Psychol Open* [Internet]. 2020;7(2):2055102920970416. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7656878/>
23. Gomes MR, Fabiana E, Escudero T, Fanini L, Pinheiro E, De Macedo N. Envelhecimento e Espiritualidade: o Papel do Coping Espiritual/Religioso em Idosos Hospitalizados [Internet]. Vol. 23, *Interação em Psicologia*. 2019 Ago. Disponível em: <https://revistas.ufrbr.br/psicologia/article/view/65381>
24. De Moraes FL, Correa P, Coelho WS. Avaliação da autonomia funcional, capacidades físicas e qualidade de vida de idosos fisicamente ativos e sedentários. *Rev Bras Prescrição E Fisiol Do Exerc* [Internet]. 2018;12(74):297–307. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1398>
25. Vieira JNL, Rego AS, Vieira AM de A, Abreu BRS. Avaliação da autonomia funcional em idosos comunitários. *Rev Investig Biomédica* [Internet]. 2018;10(1):6–12. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/208>
26. Ministerio da Saude B. Estatuto do Idoso 3a edição 2a reimpressão [Internet]. Brasil; 2013 p. 70. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf
27. Mello GA, Paranhos D, Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes como instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas. *Cad Ibero-Americanos direito Sanit* [Internet]. 8(1):53–64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i1.507>
28. Spadoni-Pacheco LM, Carvalho GA. Qualidade de vida e autoestima em idosas submetidas e não submetidas à cirurgia estética. *Rev Bras Cir Plástica* [Internet]. 2018;33(4):528–35. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/2218/pt-BR/qualidade-de-vida-e-autoestima-em-idosas-submetidas-e-nao-submetidas-a-cirurgia-estetica>
29. Azeredo Z de AS, Afonso MAN. Solidão na perspectiva do idoso. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2016 ;19:313–24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/shGrnPPJKBjYwf3rQCM8skM/>
30. Romansini SF, Scortegagna H de M, Pichler NA. Estética e felicidade na percepção de idosas usuárias de produtos de beleza. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2020;23(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/zgQ5d56jvTqpc4jszbn4mvF/abstract/?lang=pt>
31. Egydio L. Do Feminismo à Feminização: gênero e envelhecimento em uma sociedade em transformação. *Rev Portal Divulg*. 2017;(54).
32. de Oliveira ZA, Criado GF, Domingues R de S. A percepção do próprio envelhecimento. *Rev do Inst Paul Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 3];1(1):42–7. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/revista/revista_do_instituto_paulista_de_geriatria_e_gerontologia_n_1_-_2012.pdf#page=42
33. García MCM. La feminización de la ancianidad. *Vejez e género*. In: Usanos RA, editor. *Bioética para una sociedad envejecida*. Madrid: Comillas - Universidad Pontificia; 2022. p. 161–78.
34. Fort MC, Skura I, Brisolara C. Convenções corporais e o medo de envelhecer: Ideais de juventude e beleza midiáticos versus aceitação pessoal e social da imagem real. *Rev Obs* [Internet]. 2017;3(1):183–204. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/3071>
35. Beauvoir S de. *A velhice*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2018.



Equilíbrio postural e fatores associados ao risco de quedas em idosos com diabetes mellitus tipo 2

Postural balance and associated factors with the fall risk assessed in older adults with type 2 diabetes mellitus

Adriana Guedes Carlos¹ 
Vanessa da Nóbrega Dias² 
Monica Rodrigues Perracini³ 
Flávia Doná⁴ 
André Gustavo Pires Sousa⁵ 
Juliana Maria Gazzola¹ 

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores clínico-funcionais associados ao risco de quedas, avaliado pelo *Mini-BESTest*, em idosos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Método:** Trata-se de um estudo transversal. Um total de 145 idosos com idade ≥ 60 anos foram avaliados por meio das variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, nível de educação e percepção geral da saúde, audição e visão) *Mini-BESTest*, *Mini-Mental State Examination* (MMSE), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e o teste *Timed Up and Go* (TUG) (dupla tarefa). Foi utilizado um modelo de regressão logística múltipla. **Resultados:** O domínio de orientação sensorial apresentou a pontuação média mais elevada, seguido pelos domínios estabilidade na marcha, ajustes posturais antecipatórios e respostas posturais. Os fatores associados ao risco de quedas em idosos foram: percepção visual ruim/muito ruim OR 3.40 (1,50-7,72); presença de doenças respiratórias OR 8.00 (1,32-48,46); sensação de tontura OR 2.53 (1,10-5,80); e tempo do teste *Timed Up and Go* (TUG) (dupla tarefa) igual ou superior a 13,5 segundos OR 3.31 (1,03-10,64). **Conclusão:** Os idosos deste estudo apresentaram um equilíbrio postural comprometido, principalmente no domínio das respostas posturais. O conhecimento dos fatores associados ao risco de quedas em idosos com DM2 permite uma orientação mais eficaz na avaliação, prevenção e intervenção, visando minimizar a ocorrência de quedas e preservar ou otimizar o equilíbrio postural. Diversos fatores influenciaram esse resultado, tais como sobrepeso, baixa atividade física e nível educacional, várias comorbidades, polifarmácia, diagnóstico de DM2 por mais de dez anos, percepção negativa da saúde geral e da visão, e sintomas depressivos.

Palavras-chave: Idoso.
Quedas Acidentais.
Equilíbrio Postural.
Diabetes Mellitus. Avaliação em Saúde.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia. Natal, RN, Brasil.

² Faculdade Nova Esperança, Departamento de Fisioterapia. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Universidade Cidade de São Paulo, Departamento de Gerontologia. São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Medicina. Natal, RN, Brasil.

Financiamento da pesquisa: MCTI/CNPq. N° do processo: 14/2014. Projeto do edital Universal.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Adriana Guedes Carlos
adrianaguedes@hotmail.com

Recebido: 26/06/2023
Aprovado: 21/11/2023

Abstract

Objective: Identify clinical-functional factors associated to the risk of falls, assessed by Mini-BESTest in older adults with type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Method:** This cross-sectional study. A total of 145 older adults aged ≥ 60 years were evaluated through sociodemographic variables (sex, age group, married, education level, general health status hearing and vision), Mini-BESTest, Mini-Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS-15) and dual-task Timed Up and Go Test (TUG). Multiple logistic regression model was used. **Results:** The sensory orientation domain presented the highest average score, followed by the gait stability, anticipatory postural adjustments and postural responses domains. Factors associated to the risk of falls in older adults are: poor/very poor visual perception OR 3.40 (1.50-7.72); have respiratory diseases OR 8.00 (1.32-48.46); feeling dizzy OR 2.53 (1.10-5.80); and TUGT (dual task) time equal to or greater than 13.5 seconds OR 3.31 (1.03-10.64). **Conclusion:** Older adults in this study presented impaired postural balance, mainly in the postural responses domain. The knowledge of the factors associated with the risk of falls in older adults with T2DM allows for better guidance in prevention, assessment and intervention, in order to minimize the occurrence of falls and maintain or optimize postural balance. Several factors influenced this outcome, such as overweight, low physical activity and education, several comorbidities, polypharmacy, T2DM diagnosis for more than ten years, negative perception of general health and vision, and depressive symptoms.

Keywords: Older Adults. Accidental Falls. Postural Balance. Diabetes Mellitus. Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

A incapacidade relacionada ao diabetes mellitus tipo 2 (DM2) impacta de maneira crítica os idosos e é reconhecida como um problema de saúde emergente associado ao aumento da expectativa de vida em todo o mundo. Além disso, o DM2 pode ocasionar diversas complicações e comprometer o Controle Postural (CP) devido à diminuição da propriocepção e força, bem como ao aumento da rigidez nas articulações dos tornozelos¹.

Indivíduos com DM2 apresentam um risco de queda mais elevado do que indivíduos saudáveis na mesma faixa etária. A prevalência de quedas entre idosos com e sem diabetes foi de 25,0% e 18,2%, respectivamente². Idosos com DM2 podem apresentar comprometimentos no equilíbrio e quedas devido a sistemas sensoriais prejudicados (por exemplo, comprometimento da propriocepção nos membros inferiores devido à neuropatia).

A perda de equilíbrio devido ao comprometimento do CP, que pode envolver sistemas como visual, somatossensorial, auditivo e vestibular prejudicados, ou distúrbios motores e autonômicos mistos, é a principal causa de quedas em idosos².

Complicações relacionadas as comorbidades são frequentes em pessoas com DM2, incluindo hipertensão, doença cardiovascular, doença vascular, bem como o risco de desenvolver úlceras no pé e/ou a necessidade de amputação de membros inferiores³.

A utilização de um ponto de corte para classificar idosos em risco de quedas pode ser uma ferramenta útil na identificação precoce e nas intervenções, direcionadas para prevenir quedas e aprimorar o equilíbrio. Além disso, ao fornecer informações detalhadas sobre os domínios do *Mini-BESTest* que apresentaram comprometimento, o estudo possibilita uma compreensão abrangente do comprometimento do equilíbrio nessa população.

Essas contribuições auxiliam no enriquecimento da literatura, além de fornecer *insights* valiosos para profissionais de saúde que lidam com idosos com DM2, ajudando a identificar e tratar de forma eficaz problemas de equilíbrio e risco de quedas nessa população específica.

Este estudo teve como objetivo identificar fatores clínico-funcionais associados ao risco de quedas, avaliado pelo *Mini-BESTest*, em idosos com DM2.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal (amostra aleatória) com idosos de ambos os sexos, com idade ≥ 60 anos e diagnosticados com DM2 por um médico, que forneceu seus exames laboratoriais para avaliação.

Como critério de exclusão, não participaram idosos submetidos à reabilitação do equilíbrio nos últimos seis meses; idosos incapazes de compreender ou seguir comandos verbais simples ou repetir movimentos; idosos com comprometimento visual ou auditivo severo que dificultasse a realização de atividades da vida diária (mesmo com lentes corretivas ou aparelhos auditivos); idosos com amputações nos membros inferiores (independentemente do nível); idosos incapazes de caminhar independentemente ou que utilizassem dispositivos de assistência para caminhar.

A avaliação ambulatorial foi conduzida no hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ao longo de um ano, com início em agosto de 2015 e encerramento em agosto de 2016. Os pacientes avaliados foram encaminhados dos ambulatórios de gerontologia e endocrinologia do Hospital Universitário Onofre Lopes.

O *BESTest* é uma ferramenta clínica que avalia o equilíbrio, o risco de queda e os domínios que podem ser focalizados durante a reabilitação^{4,5}. Esse teste é composto por seis sistemas: restrições biomecânicas, limites de estabilidade, respostas posturais, ajustes posturais antecipatórios, orientação sensorial e estabilidade na marcha⁵.

O *Mini-BESTest* é composto por 14 testes e 16 itens (avaliação bilateral) e sua aplicação tem duração de 15 a 20 minutos. As pontuações variam de 0 a 28 pontos^{6,7}. O ponto de corte sugerido do *Mini-BESTest* para identificar idosos com histórico de quedas foi estabelecido em 20,5 de 28 pontos, apresentando sensibilidade de 60% e especificidade de 71% para identificar alterações nas respostas posturais^{7,8}.

As perguntas estão divididas em quatro domínios correspondentes aos sistemas que mantêm o controle postural (CP):

1. Transições e ajustes posturais antecipatórios;

2. Respostas posturais a distúrbios;

3. Orientação sensorial;

4. Estabilidade na marcha.

Cada item é pontuado em uma escala ordinal de 3 pontos (de 0 a 2); onde 0 representa um desempenho ruim, enquanto 2 indica o desempenho mais favorável⁴. O teste *Timed Up and Go* (TUG) dupla tarefa, avalia a capacidade de realizar duas tarefas diferentes simultaneamente. Solicitou-se aos idosos que realizassem o TUG e, simultaneamente, evocassem o maior número de nomes de animais que conseguissem lembrar. Os idosos estavam sentados, com os pés no chão e as costas apoiadas na cadeira. Após o comando do avaliador, os idosos deveriam levantar-se, caminhar três metros, girar em torno do seu eixo e retornar à posição inicial⁸. Um cronômetro registrou o tempo necessário para percorrer a distância, e os idosos foram encorajados a caminhar em sua velocidade habitual⁵. Eles foram classificados em dois grupos com base no tempo do teste: alto risco de queda ($\geq 13,5$ segundos)^{9,10}.

Utilizamos um questionário para identificar idade, sexo, estado civil, nível de educação, doenças relatadas, número de medicamentos, visão percebida e audição.

O histórico de quedas nos últimos 12 meses e o medo de cair foram avaliados por meio das seguintes perguntas: "Você caiu nos últimos 12 meses?"; "Você tem medo de cair?". Todos os idosos foram questionados sobre tonturas crônicas (ou seja, tontura por dois meses ou mais). A tontura foi definida como a sensação de desorientação ou comprometimento espacial sem uma sensação falsa ou distorcida de movimento, excluindo sensações de vertigem¹¹ e foi avaliada por meio da pergunta: "Você sentiu tontura nos últimos dois meses?"

Os idosos também foram questionados sobre o tempo desde o diagnóstico do DM2, os valores da hemoglobina glicada (%) e glicose em jejum (mg/dL) nos últimos seis meses, bem como a medicação em curso para o diabetes (medicação oral, insulina ou ambos).

Em relação às variáveis funcionais, a altura (m) foi medida utilizando uma fita fixada na parede e a massa corporal (kg) foi medida por meio de uma balança de plataforma. O índice de massa corporal (IMC; kg/m²), também conhecido como índice de *Quetelet*^{12,13}, foi calculado com base no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde do Brasil. Foram estabelecidos pontos de corte e classificados como baixo peso (≤ 22), eutrófico (23 a 26) e sobrepeso (≥ 27)^{14,15}. A atividade física regular foi definida como \geq três vezes por semana por >30 minutos nas últimas duas semanas¹⁴.

A força muscular foi avaliada utilizando um dinamômetro *Saehan* e conduzida de acordo com as diretrizes da *American Society of Hand Therapists*¹⁶. Durante o teste de força de preensão manual, o avaliador instruiu o idoso a manter a força máxima. Três medidas foram coletadas, com um intervalo de um minuto entre cada tentativa. Os resultados foram obtidos a partir da média das três medidas (kg), e os valores foram ajustados por sexo e IMC¹⁶.

Os dados psicocognitivos foram avaliados utilizando o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). O MMSE é amplamente utilizado para avaliar casos suspeitos de déficit cognitivos^{17,18}, e sua confiabilidade e validade são consideradas satisfatórias¹⁹. Pontos de corte foram adotados de acordo com os anos de educação: analfabetos (20 pontos); um a quatro anos de estudos (25 pontos); cinco a oito anos de estudos (26 pontos); nove a onze anos de estudos (28 pontos); e mais de onze anos de estudos (29 pontos)²⁰.

O GDS-15, ferramenta rápida e fácil de usar, identifica sintomas depressivos em idosos. Essa versão é composta por 15 perguntas, com pontuações indicando ausência de depressão (0 a 4 pontos), depressão leve a moderada (5 a 10 pontos) e depressão grave ou intensa (11 a 15)^{21,22}.

Utilizamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade dos dados. Variáveis quantitativas foram descritas utilizando medidas descritivas. As variáveis independentes analisadas incluíram aspectos sociodemográficos, clínicos, funcionais e psicocognitivos. A significância estatística foi estabelecida em 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

Neste estudo, a variável dependente foi o risco de queda do *Mini-BESTest*, que foi analisado utilizando o *software* SPSS versão 17.0 para Windows. Para a análise inferencial, verificamos as associações entre o risco de queda determinado pelos pontos de corte do *Mini-BESTest* de acordo com faixas etárias (25 pontos - 60 a 69 anos; 23 pontos - 70 a 79 anos; 22 pontos - 80 a 89 anos)⁸. O risco de queda (*Mini-BESTest*) (variável dependente) e as variáveis independentes (sociodemográficas e clínicas funcionais) foram analisados por meio de uma análise de regressão logística multivariada utilizando o método *forward*.

As variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,20$) na análise bivariada foram inseridas no modelo ajustado (sexo, faixa etária, nível educacional, número de doenças, atividade física e quedas no último ano), sendo significativas aquelas com $p < 0,05$. Um teste de multicolinearidade utilizando VIF foi realizado. O modelo final atendeu à suposição da ausência de multicolinearidade, e o teste de *Hosmer e Lemeshow* ($p = 0,150$) indicou que não há diferenças significativas entre os resultados previstos pelo modelo e a realidade observada.

Hipotetizamos que os fatores associados a um maior risco de quedas em idosos com DM2 incluem ser do sexo feminino, possuir um nível educacional mais baixo, ter um maior número de doenças, fazer uso de insulina, ter uma percepção negativa da visão, se queixar de tontura e apresentar uma maior duração da diabetes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob o número de CAAE: 45183715.0.0000.5537.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que apoia os resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente, Adriana Guedes Carlos.

RESULTADOS

Sobre o critério de exclusão, seis idosos foram excluídos devido a amputações de membros

inferiores, cinco devido ao uso de dispositivos de auxílio à locomoção e um devido a um grave comprometimento visual. A maioria dos idosos era do sexo feminino (64,8%) e casada (66,9%). Em relação ao nível educacional, a maioria foi classificada com ensino fundamental incompleto/fundamental completo (34,5%) e fundamental/analfabeto (65,5%). Quanto à faixa etária, a distribuição foi de 60 a 69 anos (62,0%), 70 a 79 anos (29,0%) e 80 a 89 anos (9,0%).

Neste estudo, foi observado que 39,3% dos idosos apresentaram cinco ou mais doenças; 78,6% deles apresentaram doenças do sistema cardiovascular, 62,8% faziam uso de cinco ou mais medicamentos, e 44,8% relataram ter visão ruim ou muito ruim. Os idosos também apresentaram audição ruim ou muito ruim (27,6%); seis ou mais anos de diagnóstico de DM2 (71,0%); medicação oral para DM2 (64,8%);

força de preensão manual fraca (no quintil mais baixo) (43,4%); nenhuma queda no último ano (62,1%); risco de queda (*Mini-BESTest*) (52,4%); atividade física regular (26,2%); índice de massa corporal desnutrido ou peso normal (63,4%); hemoglobina glicada (n=108) até 8% (normal) (39,3%); glicose em jejum (n=133) até 130mg/dL (normal) (50,3%); dor nos membros inferiores (57,1%); queixa de tontura (44,1%); boa cognição (42,1%); sintomas depressivos (GDS-15) 6 ou mais (47,2%); risco de queda (TUGT dupla tarefa) (n=136) e 13,5 segundos ou mais (alto) (77,2%). A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1.

A pontuação média total do *Mini-BESTest* foi de 80,8% \pm 4,6%, com um intervalo de confiança (IC) de 95% de 78,4 a 83,3. A média e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% dos domínios do *Mini-BESTest* são apresentados na Tabela 2.

Tabela 1. Características de idosos com diabetes mellitus tipo 2 acompanhados em um hospital universitário no nordeste do Brasil em 2016 (N = 145).

Categorias	Ocorrência	Porcentagem (%)
Número de doenças		
1 – 4	88	60,7
5 ou mais	57	39,3
Categoria de doenças		
Infecciosas e parasitárias	0	0,0
Neoplásicas (tumores)	10	6,9
Distúrbios sanguíneos, de órgãos, hematopoiéticos e/ou imunológicos	42	29,0
Distúrbios mentais e/ou comportamentais	7	4,8
Olhos e anexos	29	18,6
Sistema nervoso	9	6,2
Sistema cardiovascular	114	78,6
Sistema respiratório	13	9,0
Sistema digestivo	18	12,4
Pele e/ou tecido subcutâneo	3	2,1
Sistema musculoesquelético e/ou tecido	57	39,3
Geniturinário	27	18,6
Número de medicamentos		
0 – 4	2	2,4
5 ou mais	91	62,8
Visão		
Ruim / Muito ruim	65	44,8

continua

Continuação da Tabela 1

Categorias	Ocorrência	Porcentagem (%)
Audição		
Ruim / Muito ruim	40	27,6
Tempo de diagnóstico do DM2		
0 – 5	42	29,0
6 ou mais	103	71,0
Medicação para DM2		
Não utiliza	6	4,1
Oral	94	64,8
Oral + insulina	32	22,1
Insulina	13	9,0
Força de preensão manual		
Fraca (quartil mais baixo)	63	43,4
Quedas no último ano		
Nenhuma	90	62,1
Uma queda	27	18,6
Duas ou mais quedas	28	19,3
Risco de queda (<i>Mini-BESTest</i>)		
Não	69	47,6
Sim	76	52,4
Atividade física regular		
Sim	38	26,2
Índice de Massa Corporal		
Desnutrido ou peso normal	92	63,4
Sobrepeso	53	36,6
Hemoglobina glicada (n=108)		
Até 8% (normal)	57	39,3
Acima de 8,1% (alterada)	51	35,2
Glicose em jejum (n=133)		
Até 130mg/dl (normal)	73	50,3
131mg/dl ou mais (alterada)	60	41,4
Dor nos membros inferiores		
Sim	75	57,1
Queixa de tontura		
Sim	64	44,1
Cognição (MMSE)		
Boa cognição	61	42,1
Sintomas depressivos (GDS-15)		
6 ou mais	68	47,2
Risco de queda (TUGT dupla tarefa) (n=136)		
13,5 segundos ou mais (alto)	112	77,2
Alto (baixo)	24	16,6

DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2; GDS: Escala de Depressão Geriátrica; MMSE: Mini Mental; TUGT: Teste *Timed Up and Go*; *Mini-BESTest*: Mini-Teste de Sistemas de Avaliação de Equilíbrio.

Tabela 2. Percentual de comprometimento nos domínios do *Mini-BESTest* entre idosos com diabetes mellitus tipo 2 em um hospital universitário no nordeste do Brasil em 2016 (N = 145).

Domínios do <i>Mini-BESTest</i>	Média (\pm DP) em %	IC 95%
Ajustes posturais antecipatórios (%) tarefas		
Total	78,2 (17,1)	75,3 a 81,1
Sentar para ficar de pé	97,1 (14,4)	94,7 a 99,5
Ficar na ponta dos pés	87,1 (25,7)	82,9 a 91,4
Ficar em um pé só	53,2 (27,6)	48,6 a 57,8
Respostas posturais (%) tarefas		
Total	64,1 (31,9)	58,7 a 69,4
Para frente	71,5 (37,9)	65,2 a 77,9
Para trás	65,0 (36,8)	58,9 a 71,1
Lateral	55,0 (39,0)	48,5 a 61,5
Orientação sensorial (%) tarefas		
Total	93,6 (13,5)	91,3 a 95,8
Superfície sólida	98,2 (9,3)	96,6 a 99,7
Superfície de espuma	86,7 (28,5)	82,0 a 91,5
Inclinação	95,7 (14,0)	93,4 a 98,1
Estabilidade na marcha (%) tarefas		
Total	84,7 (17,70)	81,7 a 87,6
Velocidade	91,8 (19,5)	88,5 a 95,0
Virar a cabeça	80,3 (26,6)	75,9 a 84,8
Virar o eixo	91,8 (20,4)	88,4 a 95,2
Superar obstáculos	80,3 (29,8)	75,4 a 85,3
Teste <i>Timed Up and Go</i>	77,5 (29,6)	72,5 a 82,4

* Os dados são apresentados como média e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC).

A Tabela 3 apresenta a análise inferencial entre a variável "risco de quedas" do *Mini-BESTest* e variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais. Nas variáveis sociodemográficas, houve uma associação significativa entre o "risco de quedas" do *Mini-BESTest* e o sexo, indicando que os homens, em comparação com as mulheres, apresentaram um resultado pior no *Mini-BESTest*. O nível educacional, a faixa etária e o estado civil não estão associados ao risco de quedas.

Nas variáveis funcionais-clínicas, foi observada uma associação significativa entre o "risco de quedas" do *Mini-BESTest* e a audição e visão, indicando que a percepção negativa tanto da audição quanto da visão, classificada como "ruim" ou "muito ruim", está correlacionada com um maior risco de comprometimento do equilíbrio. Em relação às variáveis psicocognitivas, foi identificada uma

associação relevante entre o "risco de quedas" do *Mini-BESTest* e o GDS-15, sugerindo que a presença de "seis ou mais" sintomas depressivos está relacionada a um maior comprometimento do equilíbrio.

Nas variáveis funcionais-clínicas, houve uma associação considerável entre o "risco de quedas" do *Mini-BESTest* e a presença de doenças do sistema respiratório, atividade física regular, queixa de tontura e risco de queda (TUGT dupla tarefa), conforme apresentado na Tabela 3.

Não houve associação com outras variáveis clínico-funcionais e psicocognitivas relacionadas a outras classificações de doenças, número de medicamentos, medicação para DM2, tempo de diagnóstico de DM2, força de preensão manual, hemoglobina glicada, glicose em jejum, dor nos membros inferiores, IMC e MMSE.

Tabela 3. Análise inferencial entre a variável “risco de quedas” do Mini-BESTest e variáveis sociodemográficas, clínico-funcionais e psicocognitivas de idosos com diabetes mellitus tipo 2 em um hospital universitário no nordeste do Brasil em 2016 (N = 145).

Variáveis e Categorias	Não	Sim	Valor-p
Sexo			
Masculino	34 (23,4%)	17 (11,7%)	0,001 *
Feminino	35 (24,1%)	59 (40,7%)	
Visão			
Excelente / muito boa / boa	50 (34,5%)	30 (20,7%)	<0,001 *
Ruim / Muito ruim	19 (13,1%)	46 (31,7%)	
Audição			
Excelente / muito boa / boa	57 (39,3%)	48 (33,1%)	0,010 *
Ruim / Muito ruim	12 (8,3%)	28 (19,3%)	
Atividade física regular			
Sim	25 (17,2%)	13 (9,0%)	0,013*
Não	44 (30,3%)	63 (43,4%)	
Número de doenças			
1 – 4	50 (34,5%)	38 (26,2%)	0,007 *
5 ou mais	19 (13,1%)	38 (26,2%)	
Sistema respiratório			
Sim	2 (1,4%)	11 (7,6%)	0,019 *
Não	67 (46,2%)	65 (44,8%)	
Quedas no último ano			
Nenhuma	50 (34,5%)	40 (27,6%)	0,046 *
Uma queda	10 (6,9%)	17 (11,7%)	
Duas ou mais quedas	9 (6,2%)	19 (13,1%)	
Queixa de tontura			
Sim	20 (13,8%)	44 (30,3%)	0,001 *
Não	49 (33,8%)	32 (22,1%)	
Sintomas depressivos (GDS-15)			
6 ou mais	23 (16,0%)	45 (31,2%)	0,002 *
Até 5	46 (31,9%)	30 (20,8%)	
Risco de queda (TUGT dupla tarefa)			
13,5 segundos ou +	5 (3,7%)	19 (14,0%)	0,006 *
< 13,5 segundos	59 (43,4%)	53 (39,0%)	

* Teste Qui-quadrado; DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2; GDS-15: Escala de Depressão Geriátrica; TUGT: Teste *Timed Up and Go*; Mini-BESTest: Mini-Teste de Sistemas de Avaliação de Equilíbrio.

Os valores de "odds ratio" (razão de possibilidades) estimados pelo modelo multivariado estão apresentados na Tabela 4. Os idosos com percepção visual ruim/ muito ruim têm três vezes mais chances de quedas quando comparados àqueles com visão excelente/ muito boa/ boa; o fato dos idosos terem

doenças respiratórias aumenta em oito vezes a probabilidade de quedas; ter sensação de tontura aumenta em duas vezes a probabilidade de quedas; e quando o tempo do TUGT (dupla tarefa) for igual ou maior que 13,5 segundos, a probabilidade de quedas aumenta três vezes.

Tabela 4. Modelo de regressão logística binária para avaliação dos fatores associados ao risco de quedas em idosos com diabetes mellitus tipo 2 (N = 145).

Categoria do Preditor	OR (IC 95%)	p-value
Visão		
Ruim/muito ruim	3,40 (1,50 - 7,72)	0,003
Doenças respiratórias		
Sim	8,00 (1,32 - 48,46)	0,024
Queixa de tontura		
Sim	2,53 (1,10 - 5,80)	0,028
TUGT (dupla tarefa)		
13,5 segundos ou mais	3,31 (1,03 - 10,64)	0,045

Modelo ajustado por sexo, faixa etária, escolaridade, número de doenças, prática de atividade física e quedas no último ano. TUGT: Teste *Timed Up and Go*; OR: *odds ratio*; IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Teste de *Hosmer* e *Lemeshow* ($p=0,150$)

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou a associação entre o risco de quedas e variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionais e psicocognitivas em idosos com DM2.

Os resultados obtidos indicaram uma maior probabilidade de quedas em mulheres idosas, apresentando uma faixa etária mais avançada, um maior número de doenças, presença de doenças respiratórias e sintomas depressivos, relatos de quedas no último ano e dificuldade na realização de exercícios que exigem dupla tarefa, quando comparadas ao grupo com baixa probabilidade de quedas e, conseqüentemente, valores mais baixos no *Mini-BESTest*.

O fato das mulheres apresentarem maior associação ao risco de quedas em comparação com os homens pode estar relacionado a variações hormonais, composição corporal e comportamentos de autocuidado, uma vez que as mulheres tendem a buscar mais assistência médica²³.

O DM2 geralmente está associado a uma maior probabilidade de quedas, conforme avaliado pelo *Mini-BESTest*. As médias do *Mini-BESTest* podem variar de acordo com a média de idade²⁴. Neste estudo, a média de idade e o desempenho foram distribuídos entre 60 e 69 anos (62,01%), 70 e 79 anos (29,0%) e 80 e 89 anos (9,0%). Em um estudo anterior, a média de idade e desempenho foi distribuída entre

60 e 69 anos (14%), 70 e 79 anos (33%) e 80 e 89 anos (34%)⁸, indicando que idosos com uma faixa etária mais baixa apresentaram um *Mini-BESTest* mais elevado, resultando em uma menor probabilidade de quedas. Idosos entre a sétima e oitava décadas de vida mostraram uma diminuição no desempenho no *Mini-BESTest*²³.

Para garantir um baixo risco de quedas, a eficiência do sistema de controle postural depende do desempenho adequado de três sistemas: visual, somatossensorial, auditivo e vestibular¹.

A maioria dos idosos no presente estudo relatou ter visão e audição classificadas como ruins ou muito ruins. O déficit visual é comum na população de indivíduos com DM2, aumentando a probabilidade de quedas em até 4 vezes. A piora na visão acarreta uma série de problemas, como a autoadministração de medicamentos, além de dificuldades na adesão ao tratamento, o que pode levar à cegueira ou retinopatia diabética²⁵. Esses problemas resultam em um agravamento do equilíbrio, indicando deficiência no sistema visual, responsável pelo CP¹.

Observou-se que o aumento da idade em idosos está associado ao aumento da ocorrência de perda auditiva; somado ao DM2, esses indivíduos tendem a ter uma maior probabilidade de quedas. Estudos relatam que a perda auditiva está relacionada à perda cognitiva²⁵. Problemas comuns esses, encontrados em indivíduos com diabetes descompensado²⁶.

O estudo demonstra que o metabolismo da glicose influencia a fisiologia do ouvido interno, causando alterações vestibulares e auditivas. A tontura é um dos principais sintomas relatados por indivíduos que têm disfunção vestibular. Existe uma relação identificada entre aqueles que relataram tontura e o tempo necessário para diagnosticar o diabetes. Em casos prolongados da doença, geralmente há um aumento nos níveis de glicose no sangue e hemoglobina glicada²⁷. Portanto, idosos que relatam tontura e têm DM2, têm o dobro de probabilidade de queda.

O comprometimento cognitivo pode dificultar o desempenho no teste TUG durante uma tarefa cognitiva simultânea, alterando a marcha (por exemplo, redução da velocidade e aumento da duração do teste)²⁸. Quedas foram relacionadas ao equilíbrio reduzido e dificuldade de locomoção, que são ainda mais comprometidos quando os idosos são solicitados a realizar o TUG com dupla tarefa²⁴.

Um estudo anterior sugeriu uma associação entre a redução da função cognitiva e sintomas depressivos em idosos com diabetes⁷. De acordo com o GDS-15, a redução nos sintomas depressivos em idosos estava relacionada ao aumento no desempenho no *Mimi-BESTest*. Além disso, os sintomas depressivos podem dificultar a compreensão e a realização de testes²⁴.

Em geral, aqueles diagnosticados com DM2 frequentemente apresentam outras condições associadas, tais como doenças respiratórias, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e dislipidemia. As doenças respiratórias, juntamente com DM2, são classificadas como as principais doenças crônicas não transmissíveis²⁹. Conforme revelado em nossa pesquisa, idosos com DM2 enfrentam um risco oito vezes maior de quedas. Estudos anteriores também apontam uma correlação positiva entre um aumento no risco de quedas e a presença de doenças respiratórias, como a doença pulmonar obstrutiva crônica. Essa associação é explicada pelo padrão da respiração que induz alterações no CP³⁰.

Pesquisas anteriores sugerem que as taxas de hospitalização aumentam entre mulheres idosas à medida que a faixa etária avança, assim como para indivíduos com níveis mais baixos de educação.

Em relação aos fatores clínicos, observou-se um aumento nas hospitalizações na presença de múltiplas comorbidades. Também foi observado que um dos fatores que antecedem a hospitalização é a ocorrência frequente de episódios de quedas³¹.

Prevenir o risco de quedas representa um desafio para a saúde pública. A prática regular de atividade física, a correção de deficiências visuais, o manejo de distúrbios respiratórios, o tratamento das condições dos pés, a adaptação de fatores de risco ambientais no domicílio e a promoção da educação individual são elementos cruciais que demandam atenção. A realização de exercícios físicos, com duração mínima de 30 minutos, três vezes por semana, é um fator essencial na prevenção e tratamento de diversas comorbidades associadas ao processo de envelhecimento.

Nossa hipótese sugere que os fatores associados ao aumento da probabilidade de quedas em idosos com DM2 incluem: ser do sexo feminino; ter menor nível de educação, um maior número de doenças, fazer uso de insulina, ter uma percepção negativa da visão, relatar tontura, apresentar mobilidade prejudicada e ter uma doença de longa duração. As variáveis que não se mostraram significativas na hipótese foram: o uso de insulina e a duração da doença.

Limitações da pesquisa: muitos idosos não tinham conhecimento da doença. Eles não sabiam ou não se lembravam quando foram diagnosticados com DM2, quais medicamentos estavam tomando para o diabetes, nem quais cuidados básicos deveriam adotar.

CONCLUSÃO

Os idosos neste estudo apresentaram o equilíbrio comprometido, especialmente no domínio das respostas posturais. Diversos fatores podem influenciar respostas posturais insuficientes, como excesso de peso, baixa atividade física e educação, várias comorbidades, polifarmácia, diagnóstico de DM2 há mais de dez anos, percepção negativa da saúde geral e visão, além de sintomas depressivos. Portanto, os resultados deste estudo são de relevância clínica e científica. Esta pesquisa contribui para

o campo da geriatria e gerontologia, abrindo caminho para a descoberta de novos estudos futuros fundamentados nos achados da pesquisa. Além disso, auxilia os profissionais de saúde no manejo apropriado de pacientes idosos com DM2, colaborando no diagnóstico preciso do estado geral e funcional desses pacientes e fornecendo orientações para o plano de tratamento adequado.

AUTORIA

- Adriana Guedes Carlos - conceitualização; curadoria dos dados; análise formal da investigação; metodologia; administração do projeto; recursos; visualização; redação - rascunho original; redação - revisão e edição.
- Vanessa da Nóbrega Dias - conceitualização; curadoria dos dados; análise formal da investigação; metodologia; administração do

projeto; recursos; visualização; redação - rascunho original; redação - revisão e edição.

- Monica Rodrigues Perracini - conceitualização; investigação; metodologia; recursos; supervisão; visualização.
- Flávia Doná - metodologia; recursos; supervisão; visualização.
- André Gustavo Pires Sousa - conceitualização; investigação; metodologia; supervisão; visualização.
- Juliana Maria Gazzola - conceitualização; curadoria dos dados; análise formal; aquisição de financiamento; investigação; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão; visualização.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Yang Y, Hu X, Zhang Q, Zou R. Diabetes mellitus and risk of falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*. 2016;45:761-767. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/ageing/afw140>
2. Qin J, Zhao K, Chen Y, Guo S, You Y, Xie J, et al. The effects of exercise interventions on balance capacity in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Inquiry*. 2021;58:1-16. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/00469580211018284>
3. LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, Casanueva FF, Draznin B, Halter JB, et al. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(5):1520-1574. Disponível em: <http://doi.org/10.1210/je.2019-00198>.
4. Horak FB, Wrisley DM, Frank J. The balance evaluation systems test (BESTest) to differentiate balance deficits. *Phys Ther*. 2009;89:484-498. Disponível em: <http://doi.org/10.2522/ptj.2008001>
5. O'Hoski S, Sibley KM, Brooks D, Beauchamp MK. Construct validity of the BESTest, Mini-BESTest and BriefBESTest in adults aged 50 years and older. *Gait Posture*. 2015;42(3):301-5. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2015.06.006>
6. Yingyongyudha A, Saengsirisuwan V, Panichaporn W, Boonsinsukh R. The Mini-Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest) demonstrates higher accuracy in identifying older adult participants with history of falls than do the BESTest, Berg Balance Scale, or Timed Up and Go test. *J Geriatr Phys Ther*. 2015;38:1-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000050>
7. Marques A, Silva A, Oliveira A, Cruz J, Machado A, Jácome C. Validity and relative ability of 4 balance tests to identify fall status of older adults with type 2 diabetes. *J Geriatr Phys Ther*. 2017;40(4):227-232. Disponível em: <http://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000109>. PMID: 27824659
8. Magnani PE, Genovez MB, Porto JM, Zanellato NFG, Alvarenga IC, Freire RC Jr, de Abreu DCC. Use of the BESTest and the Mini-BESTest for Fall Risk Prediction in Community-Dwelling Older Adults Between 60 and 102 Years of Age. *J Geriatr Phys Ther*. 2020;43(4):179-184. Disponível em: <http://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000236>.
9. Franchignoni F, Horak F, Godi M, Nardone A, Giordano A. Using psychometric techniques to improve the Balance Evaluation Systems Test: the mini-BESTest. *J Rehabil Med*. 2010;42:323-331. Disponível em: <http://doi.org/10.2340/16501977-0537>

10. Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. Is the Timed Up and Go Test a useful predictor of risk of falls in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2014;14:2-14. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1471-2318-14-14>
11. Aratini MC, Ricci NA, Caovilla HH, Ganança FF. Benefits of vestibular rehabilitation on patient-reported outcomes in older adults with vestibular disorders: A randomized clinical trial. *Braz J Phys Ther*. 2020;24(6):550-559. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.12.003>
12. Traoré D, Traoré AH, Sow DS, Konaté M, Koné A, N'Diaye HD, et al. Lipid profile among the diabetic and non-diabetic obese patients. *Open Journal of Internal Medicine*. 2018;8:89-97. Disponível em: <http://doi.org/10.4236/ojim.2018.81010>
13. Malak MZ, Suleiman KH, Al-amer RM, Al-Zayyat AK, Salameh AO. Screening of Bone Mineral Density (BMD) among elderly population in Jordan. *Mal J Med Health Sci*. 2020;16(1):77-84. Acesso em: 19 de março, 2022. Disponível em: https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2020011612013312_MJMHS_0166.pdf
14. Gazzola JM, Caovilla HH, Doná F, Ganança MM, Ganança FF. A quantitative analysis of postural control in elderly patients with vestibular disorders using visual stimulation by virtual reality. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020;86(5):593-601. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.bjorl.2019.03.00>
15. Dias VN, Lemos AF, Filho BFL N, Lira MGA, Cavalcanti FAC, Gazzola JM. Palmar strength and sociodemographic, clinical-functional, and psychocognitive factors in elderly with measured with diabetes mellitus. *Fisioter Mov*. 2019;32:e003223. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1980-5918.032.AO23>
16. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(3):255-263. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255>
17. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 over in community and primary care population. *Cochrane Library*. 2016;13(1):CD011145. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD011145.pub2>
18. Mitchell AJ, Shukla D, Ajumal HA, Stubbs B, Tahir TA. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):627-33. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.003>
19. Tombaugh T, McIntyre Cand NJ. The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. *J Am Geriatric Society*. 1992;40(9):922-935. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x>
20. Scarabelot LF, Monteiro MM, Rubert MCS, Zetola VHF. Is the Mini-Mental State Examination the best cognitive screening test for less educated people? *Arq Neuropsiquiatr*. 2019;77(5). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0004-282X20190043>
21. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatry Res*. 1983;17(1):37-49. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](http://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
22. Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986;5(1-2):165-173. Disponível em: http://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
23. Lopez-Benavente Y, Arnau-Sánchez J, Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela MB, Serrano Noguera A, Medina-Abellán MD. Difficulties and motivations for physical exercise in women older than 65 years. A qualitative study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2392.2989>
24. Kafri M, Hutzler Y, Korsensky O, Laufer Y. Functional performance and balance in the oldest-old. *J Geriatr Phys Ther*. 2019;42(3):183-188. Disponível em: <http://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000133>
25. Torres LRL, Baeck HE, Diógenes BS, Gurgel YM. Investigação dos fatores de risco pré-estabelecidos para perdas auditivas em idosos. *REAS [Internet]*. 2023;23(3):e12452. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12452.2023>
26. Filho BFL, Gama AGD, Dias VN, Silva EMT, Cavalcanti FAC, Gazzola JM. Síndrome da Fragilidade em idosos com diabetes mellitus tipo 2 e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(01). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200196>
27. Fukunaga JH, Quitschal RM, Dib AS, Ganança MM, Caovilla HH. Postural balance in type 2 diabetics with vertigo, dizziness and/or unsteadiness. *CoDAS*. 2020;32(6):e20190070. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019070>

28. Morlino P, Balbi B, Guglielmetti S, Giardini M, Grasso M, Giordano C, et al. Gait abnormalities of COPD are not directly related to respiratory function. *Gait Posture*. 2017;58:352-357. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2017.08.020>
29. Pagotto V, Dias DM, Pezarini LO, Sousa JM, Oliveira MDS, Lima JOR. Polifarmácia e potenciais interações medicamentosas em adultos e idosos com diabetes mellitus: estudo transversal. *Revista Recien*. 2023;14(41). Disponível em: <http://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.540-550>
30. Paliwal Y, Slattum PW, Ratliff SM. Chronic Health Conditions as a Risk Factor for Falls among the Community-Dwelling US Older Adults: A Zero-Inflated Regression Modeling Approach. *BioMed Research International*. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/5146378>
31. Dias MPB, Barros RS, Medeiros GVL, Sampaio RX, Garcia PA. Baixa escolaridade, polifarmácia e declínio funcional são fatores associados à hospitalização de idosos: estudo transversal. *Saúde Coletiva (Barueri)*. 2023;13(87). Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-8452-5124>



O isolamento social no contexto da pandemia covid-19 e a saúde mental: perspectivas de idosos institucionalizados

Social isolation amid the COVID-19 pandemic and mental health: perspectives of institutionalized older adults

Iasmin Narciso¹ 
Flávia de Oliveira² 
Silmara Nunes Andrade² 
Kellen Rosa Coelho² 

Resumo

Objetivo: Compreender a repercussão do isolamento social durante a pandemia da covid-19 na saúde mental de idosos institucionalizados, sob a óptica dos idosos institucionalizados. **Método:** Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, em duas ILPI's do município de Divinópolis, MG, Brasil, por meio de um questionário de identificação e, para análise dos dados qualitativos, um roteiro semiestruturado com questões norteadoras sobre a autopercepção do isolamento social durante a pandemia. Utilizou-se análise de conteúdo, à luz da teoria de Dorothea Orem. **Resultados:** Participaram 13 idosos e foram levantadas as seguintes categorias temáticas: Sentimentos dos idosos institucionalizados frente ao isolamento social da pandemia; Ações dos residentes para preservar a saúde mental e física durante o período do isolamento social da pandemia; O isolamento social e a inatividade física como parte da vida dos idosos institucionalizados; A covid-19 encarada como algo trivial. **Conclusão:** O isolamento social causado pela pandemia repercutiu negativamente na saúde mental dos idosos institucionalizados e trouxe à tona o fato do isolamento social já fazer parte do cotidiano desses idosos.

Palavras-chave: Idosos. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Covid-19. Saúde Mental. Enfermagem.

Abstract

Objective: To understand the impact of social isolation during the COVID-19 pandemic on the mental health of institutionalized older adults, from the perspective of these residents. **Method:** An exploratory-descriptive study with a qualitative approach was conducted in two LTCFs in the city of Divinópolis, Minas Gerais State, Brazil. A questionnaire was applied for identification, whereas for qualitative data analysis, a semi-structured script with guiding questions about self-perceptions of social isolation during the pandemic was employed. Content analysis was used, drawing on Dorothea Orem's theory.

Keywords: Elderly. Long-stay Institution for the Elderly. COVID-19. Mental Health. Nursing.

¹ Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Divinópolis, MG, Brasil

² Universidade Federal de São João del-Rei - Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Grupo de Atuação Docente Saúde do Adulto e Idoso. Divinópolis, MG, Brasil

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Iasmin Narciso
a162iasmin@hotmail.com

Recebido: 28/07/2023
Aprovado: 23/11/2023

Results: Thirteen older adults participated and the following thematic categories were identified: Feelings of the residents about social isolation amid the pandemic; Actions by residents to preserve mental and physical health during pandemic social isolation; Social isolation and physical inactivity as part of the lives of residents; COVID-19 viewed as trivial. *Conclusion:* Social isolation caused by the pandemic had a negative impact on the mental health of the institutionalized older adults and revealed the fact that social isolation was already part of their daily lives.

INTRODUÇÃO

O número de idosos aumenta a cada ano e representa significativa parcela da população¹. Neste contexto, aliado à senescência, os idosos estão mais susceptíveis a complicações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's)², com prevalência de doenças cardiovasculares. A elevada morbidade em idosos possibilita relacionar as DCNT's à perda de funcionalidade com limitações em suas atividades de vida diárias, o que os tornam mais dependentes para realização de suas necessidades.

Inicialmente, a demanda de cuidados com os idosos dependentes recai sobre a família². Entretanto, quando, por exemplo, a dependência exige cuidados que perpassam a capacidade dos cuidadores familiares, não há boa relação com a família ou não há respaldo familiar, pode ser necessário a institucionalização do idoso³.

Dessa forma, mudanças na constituição das famílias e dificuldades encontradas nos cuidados aos idosos são alguns fatores contribuintes para o aumento da institucionalização. Nesta visão, a institucionalização pode ser acompanhada da exclusão decorrente do afastamento da família, o que obriga o idoso a se adaptar em um novo ambiente, com novas regras e distanciamento do mundo exterior⁴. O afastamento dos bens materiais é um aspecto contribuinte para o processo de distanciamento, pois o isolamento social e a solidão podem ser exacerbados pela exclusão digital que poderia não ser vivenciada antes dos idosos residirem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)^{4,5}.

A Resolução nº. 502 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁶ pontua, dentre outras condições para o funcionamento das ILPIs, a promoção da participação da família e

comunidade na atenção ao idoso institucionalizado e o desenvolvimento de atividades que estimulem a autonomia e independência, reforçando que os contatos interpessoais próximos indicam aspectos positivos na qualidade de vida dos idosos⁷.

Durante a pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (covid-19) foram instituídas nas ILPIs medidas preventivas para controle da propagação da doença, como o isolamento social, redução de atividades em grupo e o afastamento de profissionais sob suspeita de contaminação⁸. Tais medidas são ainda mais relevantes nas ILPIs, já que o processo de senescência envolve maior susceptibilidade a doenças infecciosas e a danos físicos pela resposta imune menos eficaz, bem como menor capacidade de reparo tecidual, que consequentemente é um fator agravante diante da covid-19⁹. Nesse contexto, as ILPIs que possuíam atividades em grupo e interações sociais entre os idosos com seus familiares, necessitaram implementar protocolos com medidas restritivas que prevenissem a disseminação da covid-19¹⁰, resultando em menor contato entre profissionais, familiares e os residentes.

Há evidências de que essas medidas restritivas tenham impactos negativos para os idosos nas ILPIs, mesmo havendo estratégias para tentativa de superar o isolamento social, como as videochamadas. Mas, quando os residentes voltam a estabelecer contatos interpessoais próximos e reais, isto indica impacto positivo no bem-estar dos mesmos. Portanto, as interações pessoais são atividades essenciais para a qualidade de vida dos idosos⁷.

Quanto à saúde mental, chamam atenção as vulnerabilidades emocionais, pois a pandemia e o distanciamento social resultaram em distúrbios psicológicos como ansiedade, depressão, e ainda, solidão¹¹. Ademais, durante a pandemia, o déficit no autocuidado foi outra situação significativa

que esteve presente em idosos acometidos pela covid-19, o que favoreceu malefícios ao bem-estar físico e mental dessa população, bem como a perda da independência para atividades de vida diária e instrumentais, sobretudo nos ambientes das ILPIs¹².

Há estratégias de enfrentamento que poderiam mitigar o isolamento social dessa população durante a pandemia, como o uso das tecnologias para comunicação e suporte no manejo do cuidado aos idosos, arteterapia, oficinas de músicas, desenho e jogos na tentativa de reduzir a ansiedade dos idosos, entretanto, há obstáculos, como quanto ao nível de conhecimento e acesso às tecnologias pelas instituições para adoção de medidas importantes que favoreçam a autonomia e independência dos idosos^{13,14}.

Diante desse cenário, acredita-se que o rigor sanitário na saúde dos idosos institucionalizados foi um aspecto que pode ter interferido negativamente na saúde mental dessa população e que necessita ser discutido com atenção pelos profissionais da saúde à frente dos cuidados nas instituições. Nessa perspectiva, tornou-se essencial investigar: qual a repercussão do isolamento social na saúde mental de idosos institucionalizados no contexto da pandemia da covid-19? Deste modo, o objetivo do presente estudo foi compreender a repercussão do isolamento social durante a pandemia da covid-19 na saúde mental de idosos institucionalizados, sob a óptica dos idosos institucionalizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como embasamento teórico a Teoria do Autocuidado de Orem¹⁵ para as questões norteadoras da investigação e a discussão dos resultados. Essa teoria leva em consideração a autonomia e independência do indivíduo para a manutenção da vida e seu bem-estar. Quando há déficit no autocuidado é necessária a intervenção do cuidador nos cuidados¹⁵. As orientações metodológicas seguiram a lista de verificação Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)¹⁶, com o objetivo de nortear a condução desta pesquisa.

O estudo ocorreu em duas ILPIs, de natureza administrativa filantrópica, de um município localizado na Região Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais. Essas instituições garantiram o isolamento social e a segurança dos idosos durante a pandemia da covid-19, principalmente no que diz respeito às visitas externas e às atividades em grupo nas instituições.

Os participantes foram os idosos com 60 anos ou mais, residentes nas referidas ILPIs, que estavam orientados em tempo e espaço de acordo com a avaliação pelo teste do Mini Exame do Estado Mental¹⁷. Os critérios de exclusão foram alteração na cognição determinada por demência preexistente e ausência de condições clínicas para responderem aos questionamentos. Como forma de recrutamento dos participantes, as pesquisadoras foram até as ILPIs para convidar os idosos a participarem da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas presenciais, no período de setembro a outubro de 2022, com aplicação do questionário de identificação sociodemográfica e de condições de saúde para levantamento do perfil dessa população. Para análise dos dados qualitativos, a entrevista foi conduzida por meio de um roteiro com as seguintes questões norteadoras: (1) Como você se sentiu durante o isolamento social causado pela pandemia da covid-19? (2) Como o isolamento social causado pela pandemia da covid-19 afetou a sua saúde mental? (3) O que você fez durante o período de isolamento social causado pela pandemia da covid-19? (4) Como foi seu autocuidado no período de isolamento social causado pela pandemia da covid-19?

Essas entrevistas transcorreram de forma individualizada, em locais reservados nas dependências das próprias instituições para garantir privacidade, confidencialidade e o sigilo das informações. As mesmas tiveram duração média de 20 minutos e foram áudio-gravadas com o consentimento dos participantes, após assinatura do TCLE (de forma escrita e ou pela impressão digital pelos que não tinham condições de assinar o nome).

Para a análise e tratamento dos dados, as entrevistas foram transcritas pelas pesquisadoras e os dados sociodemográficos e de condições de saúde foram tabulados no *software* Excel, na versão

gratuita do *Microsoft 365*. A análise e interpretação dos dados basearam-se na análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁸, que é conduzida em três etapas: (1) Pré-análise: transcrição dos dados brutos e leitura “flutuante dos dados”, que permite gerar impressões iniciais do material; (2) Exploração do material: objetiva a redução do texto a expressões e posteriormente agregação dos dados em categoriais; (3) Tratamento dos resultados e interpretação: analisar os dados baseado em material teórico, feito a partir da leitura independente das transcrições pelas pesquisadoras, no caso deste estudo. Observa-se a triangulação para tratamento dos dados por parte das pesquisadoras, que armazenaram na nuvem as gravações, transcrições e anotações as quais foram elaboradas e avaliadas por ambas. Após a leitura flutuante, as pesquisadoras elencaram categorias para posterior discussão. Para a análise dos dados, participaram outras duas pesquisadoras, compondo um total de 4 pesquisadoras. Para garantir o anonimato e sigilo das informações, as falas foram identificadas pela palavra Idoso, seguida por números arábicos crescentes, conforme a ordem de participação na pesquisa.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 57935622.6.0000.5545 e parecer 5.407.900. Todos os participantes assinaram o TCLE e os aspectos éticos foram seguidos e respeitados conforme Resolução 510/16.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no Mendeley Data e pode ser acessado em DOI: 10.17632/5d23cvn94y.1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra totalizou-se em 13 idosos institucionalizados, dentre estes, 9 (69 %) são do sexo feminino e 4 (30%) são do sexo masculino, com idade entre 60 e 75 anos – 3 (23%), entre 75 e 89 anos – 9 (69%) ou 90 anos ou mais – 1 (7%).

Em relação à escolaridade, 2 (15%) afirmaram não ter estudado, 7 (53%) afirmaram ter o ensino fundamental incompleto, 3 (23%) afirmaram ter o ensino fundamental completo e 1 (7%) afirmou ter o ensino médio completo. Em relação à condição de saúde, a autoavaliação revelou que os idosos institucionalizados entrevistados avaliaram a própria saúde como: boa – 7 (53%), regular – 4 (30%), ruim – 1 (7%) e muito ruim – 1 (7%). Quando questionados se portavam doenças crônicas, a maioria dos idosos afirmaram portar alguma comorbidade – 8 (61%), dentre elas: hipertensão, diabetes mellitus, problemas na tireoide e Parkinson. Quanto à abordagem qualitativa do estudo, que explorou conhecer as repercussões do isolamento social na saúde mental de idosos institucionalizados durante o período da pandemia, a análise temática das entrevistas evidenciou quatro categorias, descritas a seguir.

Sentimentos dos idosos institucionalizados frente ao isolamento social da pandemia

Os idosos relataram sentimentos, sobretudo negativos e de apreensão, como medo, tristeza, preocupação, sofrimento, isolamento e desamparo, bem como sentimentos de agitação e nervosismo, que podem ser vistos nos trechos das entrevistas a seguir:

“Eu senti muito triste, né? Com medo... Cada dia que se passava o hospital tava cheio de gente... né? A gente ficava naquela tristeza, né? Aquilo parecia que tava maior... tava naquela maior tristeza. Agora parece que tá até melhorando um cadinho, né?... É isso aí...que todo mundo achou ruim, né? Ficou muito triste aquela pandemia, ela foi triste demais, não foi? [...] A gente fica muito preocupada que a família da gente fica fora. [...] A gente ficava com medo, né?” (Idoso 1)

“Fiquei muito agitada e nervosa. Fiquei muito agitada e nervosa... É ruim, sabe? E tem gente que não tem nada com isso. Como se tratava com isso. Eu não sabia nada disso. Então me tocou bastante. Sabe? Já tinha meus problemas, e ainda sofri bastante. Depois eu não fiquei mais preocupada com isso.” (Idoso 2)

“Ah o isolamento... é... a coisa da gente “num” tá... a gente “num” tem celular pra ver a família,

né? Pra comunicar. A gente fica isolado[...] Ah, me senti muito isolada, sabe? Desamparada, isolada...” (Idoso 3)

“Ah senti nada não, a não ser de ser medo. [...]” (Idoso 4)

Esses relatos evidenciaram que a necessidade de se estabelecer medidas de distanciamento social, que, apesar de colaborar no controle da disseminação do coronavírus, tornou as pessoas mais vulneráveis a pensamentos negativos e mudanças no padrão de comportamento, especialmente entre os idosos. Isto ocorreu, principalmente, em razão dos medos e incertezas relacionadas ao contexto pandêmico⁷.

Assim como no presente estudo, outros também mostraram que o isolamento social desencadeou nos idosos uma sensação de solidão e desamparo, bem como sentimentos de angústia e tristeza profunda, o que oportunizou o adoecimento mental^{7,19,20}. Nesse sentido, o aumento das preocupações com a situação, consigo e com a família gerou uma carga emocional muito pesada para o idoso, o que potencializou sintomas depressivos, insônia, ansiedade, estresse, irritabilidade, mau humor e baixa de energia⁷.

Do ponto de vista do autocuidado dos idosos durante a pandemia, importante frisar que, com o aumento dos sintomas psicológicos, as atividades de autocuidado se tornam reduzidas entre muitos idosos, diminuindo o nível de bem-estar e aumentando o nível de estresse percebido¹².

Vale ressaltar, ainda, que alguns fatores como a redução ou perda do convívio social e familiar, a pré-disposição individual a problemas mentais e o risco de morte experienciado diante do vírus, se mostraram importantes para a manifestação desses sintomas negativos em idosos no contexto da pandemia¹⁹. Além disso, a própria institucionalização por si só também é um fator que pode resultar no surgimento de sentimentos negativos e adoecimento mental em idosos⁴.

Outro fator que se mostrou influente nesses sentimentos negativos durante o isolamento social foi a falta do acesso às tecnologias, relatado pela falta do telefone celular. Por se tratar de um meio

de comunicação que poderia aproximar os idosos institucionalizados de seus familiares e conhecidos, o seu uso seria uma alternativa para tornar possível a comunicação instantânea entre os idosos e seus entes queridos.

De fato, o distanciamento social dos idosos poderia ter sido mitigado com o suporte das tecnologias como estratégia de enfrentamento durante a pandemia, uma vez que o uso apropriado das mesmas ajudaria na conexão com os familiares e amigos, na diminuição dos efeitos psicossociais negativos da pandemia e, conseqüentemente, na redução dos sentimentos negativos e da sensação de desamparo e solidão⁷, o que não substitui o contato interpessoal presencial, mas indica impacto positivo no bem-estar dos idosos. A inclusão digital dos idosos, sobretudo os institucionalizados, deve ser melhor discutida, visto que a utilização das tecnologias como estratégia ocupacional pode apaziguar os problemas relacionados ao isolamento social²¹.

Em contrapartida aos sentimentos negativos elencados pelos idosos, emergiu também a sensação de proteção contra a covid-19, pelo fato de estarem isolados em um ambiente controlado diante da vulnerabilidade à infecção. O relato a seguir exemplifica esse contexto:

“No meu caso eu me senti protegido aqui, se eu tivesse lá fora talvez tivesse pior. Assim, protegido da pandemia. É porque nós ficamos aqui, isolados. Ninguém saía. Nem entrava. Ninguém saía e ninguém entrava. Aos poucos, depois da vacinação que vocês (visitantes) foram entrando, mas não entrava ninguém. Depois de vacinar todo mundo aqui, aí sim.” (Idoso 13)

Apesar dos fatores negativos, a diminuição do contato interpessoal próximo contribuiu para o surgimento do sentimento de proteção. Neste sentido, como as ILPIs se caracterizam como um local de alto risco para a infecção pelo coronavírus, por envolver aglomeração de idosos, que em sua maioria apresenta comorbidades e incapacidades físicas e cognitivas, o fato de haver rigoroso isolamento social se tornou um fator positivo para a interrupção da transmissão do vírus e, imprescindível na proteção dos idosos institucionalizados^{2,8,9,22}.

Percebe-se, então, que diversos fatores contribuíram para os sentimentos e apreensões emergidos entre os idosos institucionalizados durante o isolamento social da pandemia. Vale ressaltar que esse grupo é naturalmente mais frágil e vulnerável não só à covid-19, como também a desencadear diversos problemas mentais. Por isso, é necessário desenvolver e utilizar condutas capazes de minimizar os impactos negativos do isolamento social na saúde mental desses idosos⁷.

Ações dos idosos para preservar a saúde mental e física durante o período do isolamento social da pandemia

Quando indagados sobre as estratégias de enfrentamento do isolamento para preservar a saúde mental, os idosos relataram medidas que envolvem a espiritualidade, ocupações domésticas, o cuidado com a saúde e o bem-estar geral, como por exemplo a prática de oração, rotina de alimentação e do sono, medidas de higiene (banho) e uso dos medicamentos individuais, além do distanciamento social e do uso de máscara. Essa categoria pode ser exemplificada pelos relatos a seguir:

“Só rezar, e comer e dormir. E pedir a Deus pra ajudar a acabar o problema, né? Ah eu tinha que rezar, né?” (Idoso 1)

“Uai... Eu peguei com Deus. Eu peguei com Deus e pedi à Deus pra me ajudar.” (Idoso 2)

“Era varrendo, cuidando dos canteiros, cuidando aí desses cantos da cantina, do refeitório, sabe? Tomar banho, né?...” (Idoso 3)

“Tomei banho do mesmo jeito, comi, só que eu não ia no refeitório igual eu vou aqui, né?” (Idoso 6)

“Uai, quando saía, tinha que pôr máscara, né?” (Idoso 7)

“Eu tomava banho, tomava remédio, almoço janta e café, dormia e acordava... [...]Eles diziam “sai, tem que levar a máscara, né?... A gente se cuidava, dessa forma.” (Idoso 10)

Com base na teoria do autocuidado de Orem, que considera a capacidade individual para

realização de ações para a própria saúde e bem-estar, as atividades de autocuidado cotidianas se fazem muito pertinentes para manutenção da vida¹⁵. Tendo em vista o período pandêmico, quando a perda da autonomia e as exigências terapêuticas se acentuarem, estimular a autonomia faz-se relevante neste contexto das ILPIs, para que os idosos se mantenham saudáveis e independentes, sobretudo nas atividades de vida diárias básicas, como foi mencionado o banho e alimentação, e também nas atividades de cuidado com a saúde, como o sono, tomar remédio e usar máscaras.

Ainda nesta perspectiva do autocuidado, há evidência que com a capacidade de resiliência no enfrentamento dos desafios da pandemia os idosos conseguiriam lidar melhor com as dificuldades advindas da pandemia, retornando ao equilíbrio com mais facilidade e auxiliando na recuperação da saúde física e mental¹².

Sobre as atividades desenvolvidas pelos idosos nesse período, ressalta-se a prática da espiritualidade por meio da religião. Tais atividades mencionadas pelos idosos, sobretudo as orações, corroboram com o fato de que estimular o uso da religião como forma de resiliência em períodos desafiadores é bastante benéfico, pois favorece a preservação da saúde mental dos idosos, uma vez que a espiritualidade tem como alguns de seus benefícios a regulação de hormônios estressores e, como consequência, o bem-estar²³.

Outra ação mencionada foi o desenvolvimento de atividades de vida diárias instrumentais, como limpeza de áreas comuns da ILPI e cuidado com canteiros/jardins. A realização dessas atividades, sobretudo com idosos institucionalizados, favorece a estimulação cognitiva e motora e, conseqüentemente, auxilia na manutenção da autonomia e independência desses idosos. Assim, diante do risco de sedentarismo presente nas ILPIs, faz-se pertinente encorajar essas atividades nessa população^{24,25}.

O isolamento social e a inatividade física como parte da vida dos idosos institucionalizados

As entrevistas constataram que o isolamento social e a inatividade física fazem parte da vida dos

idosos institucionalizados, para além da pandemia e sua exigência quanto ao distanciamento social. O fato de os idosos demonstrarem que habitualmente já permaneciam isolados dentro das instituições contribuiu para que alguns não notassem diferença no estilo de vida que levavam antes e durante a pandemia. Apesar das medidas de biossegurança adotadas pelas instituições, sobretudo o isolamento social rigoroso e o uso de máscaras, a rotina dentro dos estabelecimentos não sofreu grandes alterações. Isto pode ser notado nas falas dos idosos quando indagados sobre as mudanças em seus cotidianos durante o isolamento social no contexto da pandemia.

“Ah, não fiz nada de diferente não. Era isso aí só. Igualzinho.” (Idoso 4)

“Uai, mesma coisa[...]Então eu não senti nada de diferença.” (Idoso 6)

“Não, não atingiu nada não. A gente ficou bem aqui.” (Idoso 13)

“Ué, eu fiquei assim, na mesma condição que eu tô hoje. [...] Igual te falei, passou como se tivesse acontecido nada. Aqui não fomos atingidos, então não tem um...um comentário do acontecimento.... Não sei se é o fato de ficar isolado...” (Idoso 11)

Essa categoria escancara um grande desafio que os idosos enfrentam durante o processo de envelhecimento: o isolamento social. Essa fase da vida é comumente marcada por uma significativa redução da interação social do idoso, com seus familiares, amigos e/ou sociedade como um todo. Fatores como a presença de doenças crônicas, iniquidades sociais e diminuição da rede social favorecem esse isolamento. Entretanto, o ageísmo, marcado por estereótipos e preconceitos contra os idosos, pode explicar a segregação do idoso da sociedade e o seu consequente desengajamento social²³.

No contexto dos idosos institucionalizados, associado aos estereótipos sociais do envelhecimento, é possível esperar que a institucionalização seja acompanhada de afastamento da família, de bens materiais e isolamento social até mesmo por trabalhadores de ILPIs⁴.

A inatividade física foi outro ponto marcante mencionado pelos idosos, com comportamentos sedentários no ambiente institucional, constantes no cotidiano de ambientes das ILPIs.

“Fiquei fazendo nada, porque é verdade. Como eu fiz, eu não tinha um monte de coisa pra fazer. [...] Porque a gente não faz muito também, fica sentado o dia inteiro.” (Idoso 4)

“Não fiz nada. Eu custo sair do quarto...[...].” (Idoso 8)

Essa inatividade física merece atenção, uma vez que, além de a realização de atividades funcionais indicar benefício para o aspecto cognitivo dessa população, também apresenta características positivas quanto ao sistema imune, preservação da musculatura e regulação hormonal^{24,26}.

Além do estímulo para a autonomia, o uso da terapia ocupacional sugere melhora do ânimo do idoso, onde o exercício associado à interação social, alimentação saudável e bons padrões de sono são recomendados. Porém, a redução do comportamento sedentário depende de fatores como a motivação do mesmo^{25,27}.

A covid-19 encarada como algo trivial

Alguns idosos demonstraram despreocupação a respeito da pandemia e, por vezes, a não compreensão da gravidade da covid-19, conforme mencionado nos relatos abaixo:

“Eu até falei, falei isso é bobeira. Tinha que ficar fechado, né? Falei: não, isso é bobagem. Deus que manda. Deus não veio cá falar isso? É ele quem resolve, quem manda.” (Idoso 5)

“Ah eu... Não eu não dei assim... Eu não dei assim, muita atenção [...] falei seja o que Deus quiser, né?” (Idoso 9)

Tais relatos pertencem a idosos residentes em ILPIs, que representam locais de concentração de idosos com maior grau de fragilidade e que estão

expostos à entrada e saída de pessoas e materiais diariamente, com consequente aumento significativo do risco de exposição ao vírus nessa população. Ademais, tanto no âmbito nacional, quanto mundial, os idosos institucionalizados foram o principal grupo alvo da covid-19, cujo número de residentes infectados e que vieram a óbito em decorrência da doença foi alto⁸.

Os achados apresentados nessa categoria vão de encontro com um estudo realizado com idosos institucionalizados em um município do Paraná, onde foi evidenciado uma certa desinformação ou desinteresse pelas repercussões da pandemia, demonstrando que, embora estivessem cientes das condições globais, houve pouca alteração perceptiva na rotina diária desses idosos a respeito dos acontecimentos acerca da covid-19 fora das instituições. Tal fato pode estar relacionado com a pouca exposição aos meios de comunicação dentro das ILPIs²⁸.

Por outro lado, a infodemia de covid-19 em que os idosos fora de ILPIs estiveram expostos fez com que eles sentissem muito mais o impacto das informações transmitidas, sobretudo pelas redes sociais, proporcionando diversas respostas psicológicas negativas, como: depressão, estresse, angústia, ansiedade, tristeza e medo²⁸.

Nesta perspectiva, o comportamento de despreocupação com a pandemia por parte dos idosos mostra-se como fator protetor para as respostas psicológicas supracitadas. Nesses casos, a religiosidade foi o apoio diante da despreocupação com a doença e para o enfrentamento diante de acontecimentos críticos da vida²⁹. No entanto, vale ressaltar que é necessário haver equilíbrio entre a profilaxia e a despreocupação diante da doença⁸.

CONCLUSÃO

Mediante os relatos, foi possível reconhecer que as repercussões causadas pelo isolamento social foram negativas na saúde mental dos idosos deste estudo, por meio da exacerbação de sentimento de tristeza, medo, solidão, ansiedade, preocupação, agitação e nervosismo sob o olhar desses próprios indivíduos.

Nesse contexto, o estudo mostrou que o período de isolamento social durante a pandemia chamou atenção para o desafio que os idosos institucionalizados enfrentam, vivendo de forma isolada, independente da ocorrência da pandemia.

Nesse cenário, foram identificadas estratégias para melhoria da interação social e preservação da saúde mental: manutenção da espiritualidade, estímulo a atividade física, a atividades de vida diária e a atividades de vida instrumentais, inclusão digital dos idosos e prática da terapia ocupacional.

Como limitação do estudo destaca-se o fato da coleta de dados ter sido realizada apenas com idosos de duas ILPIs filantrópicas. Tal fato faz com que não seja possível generalizações entre idosos institucionalizados do município. Sugerem-se futuros estudos dessa natureza com inclusão do contexto das ILPIs privadas.

Por fim, o presente estudo fornece subsídios para uma melhor compreensão das repercussões do isolamento social na vida e na saúde mental dos idosos institucionalizados. Ademais, colabora para discussões e reflexões de melhores estratégias para assistir as demandas sociais e de saúde advindas da conjuntura pandêmica. No contexto da enfermagem gerontológica, denota a relevância de proporcionar melhores estratégias de cuidado à saúde mental e interação social para pessoas idosas de ILPIs e, assim, mitigar as consequências advindas do isolamento social nessa população.

AUTORIA

- Iasmin Narciso- Concepção, coleta de dados, análise, interpretação e redação.
- Flávia de Oliveira - Interpretação e revisão crítica.
- Silmara Nunes Andrade - Interpretação e revisão crítica.
- Kellen Rosa Coelho - Concepção, análise, interpretação, redação e supervisão.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. IBGE [online].2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
2. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc saúde coletiva*. 25 de janeiro de 2021; 26:77–88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.
3. Lopes VM, Scofield AMT dos S, Alcântara RKL de, Fernandes B karen C, Leite SFP, Borges CL. O que levou os idosos à institucionalização? *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 8 de setembro de 2018;12(9):2428–35. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234624p2428-2435-2018>.
4. Pascotini F dos S, Fedosse E. Percepção de estagiários da área da saúde e trabalhadores de Instituições de Longa Permanência de Idosos sobre a institucionalização. *ABCS Health Sciences*. 2 de agosto de 2018;43(2). Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.1026>.
5. Holmes EA et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-560. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de diretoria colegiada - RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. ANVISA. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
7. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans RTC, Hamers JPH. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.020>.
8. Moraes EN, Viana LDG, Resende LMH, Vasconcellos LDS, Moura AS, Menezes A. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(9):3445-3458. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20382020>.
9. Nehme J, Borghesan M, Mackedenski S, Bird TG, Demaria M. Cellular senescence as a potential mediator of COVID-19 severity in the elderly. *Aging Cell*. 21 de setembro de 2020;19(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acel.13237>.
10. Riello M, et al. Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *R Soc Open Sci*. 2020;7(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1098/rsos.200880>.
11. Sano M, Lapid MI, Ikeda M, Mateos R, Wang H, Reichman WE. Psychogeriatrics in a world with covid-19. *Int Psychogeriatr*. 17 de junho de 2020;32(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S104161022000126X>.
12. Eduardo OM et al. Impactos da pandemia da Covid-19 no autocuidado de idosos: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021;10(3). Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13672>.
13. Silva VN et al. Pandemia de covid-19 nas instituições de longa permanência para idosos: o papel da extensão universitária. *Revista Sinapse Múltipla*. 4 de janeiro de 2022;10(2):395-401. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsesmultipla/article/view/23944>.
14. Coutinho VV, Mendonça ET, Diaz FBBS, Amaro MOF, Siman AG. Experiências de enfrentamento da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Medicina (Ribeirão)* 2023;56(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.199808>.
15. Souza DGD, Brandão VP, Martins MDN, Morais JAVD, Jesus NOD. Teorias de enfermagem: Relevância para a prática profissional na atualidade. Campo grande: Editora Inovar; 2021. 56p. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/642889>.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
17. Brasil. Rede Telessaúde Brasil. Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (online). Brasil: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>.

18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edição 70, 2011.
19. Figueiredo MC, Filho JMC. Feelings aroused during the COVID-19 pandemic in the elderly accompanied by the Family Health Strategy. *Res Soc Dev*. 2022;11(13). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35235>.
20. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NAD, Almeida WSD, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>.
21. Oliveira AS, Lopes AOS, Santana EDS, Gobira NCMS, Miguens LCDP, dos Reis LA, et al. Representações sociais de idosos sobre a COVID-19: análise das imagens publicadas no discurso midiático. *Rev Kairós-Gerontol*. 2020;23(Número Temático Especial 28, "COVID-19 e Envelhecimento"):461-477. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51564/33667>.
22. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, et al. Mortality associated with covid-19 outbreaks in care homes: early international evidence. *International LongTerm Care Policy Network*. 12 de abril de 2020. Disponível em: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>.
23. Bezerra PA, Nunes JW, Moura LBDA. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2021;34. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/aging-and-social-isolation-an-integrative-review/>.
24. Soares JDS, Ferreira JSDC, Araújo-Monteiro GKN, Souto RQ, Braga JEF. Avaliação do estado cognitivo e capacidade funcional em pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Enferm UERJ*. 2021;29. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/59240/40488>.
25. Voss ML, Pope JP, Copeland JL. Reducing Sedentary Time among Older Adults in Assisted Living: Perceptions, Barriers, and Motivators. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):717. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030717>.
26. Bezerra PCDL, Lima LCRD, Dantas SC. Pandemia da covid-19 e idosos como população de risco: aspectos para educação em saúde. *Cogitare Enferm*. 2020;25. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73307>.
27. Alvarado AY, García KJJ, Maldonado KM, Ochoa Lara L. Terapia ocupacional e humor do idoso em duas enfermeiras do departamento de Cortés. *Rev Cient Esc Univ Cienc Saude*. 2019;6(2):12-16. Disponível em: <https://www.camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/9760>.
28. Batista GM, Lorencete TV, Catelan-Mainardes SC. A importância da socialização para a saúde mental do idoso. *Enciclopédia Biosfera*. 15 de dezembro de 2022;19(42): 20. Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/5585.22v>.
29. Júnior WL, Paiva EM das C, Cardoso AB dos A, Costa ICP, Ferreira EB, Bressan VR, Rezende EG. Religiosidade/espiritualidade entre a população brasileira diante da pandemia covid-19 e a correlação com a qualidade de vida. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2023; 27:948-966. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-024>.



Construção e validação de conteúdo de instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para pessoas idosas

Development and content validation for a self-assessment instrument of care quality in long-term care facilities for older adults

Bruno Luís de Carvalho Vieira¹

Ariane Correa Martins¹

Raquel Conceição Ferreira¹

Andréa Maria Duarte Vargas¹

Resumo

Objetivo: Desenvolver e realizar a validação de conteúdo de um instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), denominado QualificaILPI. **Método:** Estudo metodológico realizado entre março e dezembro de 2021. O instrumento foi desenvolvido com base em modelo multidimensional de qualidade, legislação brasileira e pesquisa bibliográfica e contém padrões de qualidade para autoavaliação das ILPI nas dimensões: ambiente, lar, cuidado, envolvimento familiar e da comunidade, equipe de trabalho e gestão. Cada padrão é descrito e seguido por uma escala, com parâmetros para classificar o nível de qualidade da ILPI em incipiente, intermediário, consolidado. A Técnica Delphi modificada foi empregada para validação por um comitê de 10 especialistas quanto a pertinência do padrão para avaliação da qualidade da ILPI, da adequação dos objetivos e da escala de avaliação, clareza, podendo fazer comentários. O padrão foi mantido quando houve 75% de concordância entre os especialistas. O instrumento foi também avaliado pelo público-alvo, constituído por coordenadores de 10 ILPI, selecionadas por conveniência. **Resultados:** No primeiro ciclo de avaliação, foram excluídos três padrões e dois novos foram criados. No segundo, alterou-se a dimensão de um padrão e dois padrões foram unidos. Ao final, permaneceram 29 padrões divididos em seis dimensões. O público-alvo, gestores de ILPI, sugeriu alterações na redação de alguns padrões. Houve consenso de 80% ou superior em todos os padrões. **Conclusão:** O QualificaILPI poderá contribuir para o monitoramento das ILPI favorecendo a melhoria do cuidado ofertado aos residentes.

Palavras-chave: Técnica Delfos. Assistência de Longa Duração. Pessoa Idosa. Autoavaliação. Qualidade de Assistência à Saúde.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Programa de Pós-graduação em Odontologia. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001). Raquel Conceição Ferreira recebe apoio financeiro pelo Programa Pesquisador Mineiro (FAPEMIG: PPM-00603-18) e é bolsista de produtividade do CNPq (310938/2022-8). Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Raquel Conceição Ferreira
raquelcf@ufmg.br

Recebido: 01/08/2023
Aprovado: 28/11/2023

Abstract

Objective: To develop and validate the content of a self-assessment instrument for the quality of care in Long-Term Care Facilities for Older Adults (Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs), named QualificaILPI. **Method:** A methodological study conducted between March and December 2021. The instrument was developed based on a multidimensional quality model, Brazilian legislation, and literature research. It contains quality standards for self-assessment of ILPIs in the dimensions of environment, home, care, family and community involvement, work team, and management. Each standard is described and followed by a scale with parameters to classify the level of ILPI quality as incipient, intermediate, or consolidated. The modified Delphi Technique was employed for validation by a committee of 10 experts regarding the relevance of the standard for ILPI quality assessment, the appropriateness of objectives, the evaluation scale, and clarity, allowing for comments. The standard was retained when there was 75% agreement among the experts. The instrument was also evaluated by the target audience, consisting of coordinators from 10 ILPIs selected for convenience. **Results:** In the first assessment cycle, three standards were excluded, and two new ones were created. In the second cycle, the dimension of one standard was changed, and two standards were combined. In the end, 29 standards remained, divided into six dimensions. The target audience, ILPI managers, suggested changes in the wording of some standards. There was a consensus of 80% or higher for all standards. **Conclusion:** QualificaILPI has the potential to contribute to monitoring ILPIs, promoting the improvement of care offered to residents.

Keywords: Delphi Technique. Long-Term Care. Aged. Self-Assessment. Quality of Healthcare.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser acompanhado pelo aumento da necessidade por assistência nas atividades diárias. Quando a família não pode proporcionar esse suporte, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) se tornam alternativas para prover esse cuidado. As ILPI são locais de residência coletiva, governamentais ou não, que oferecem assistência à saúde e atividades voltadas para a manutenção da condição clínico-funcional¹. Há uma tendência mundial de aumento desse tipo de domicílio², sendo que seu número varia de acordo com o país e a cultura local, e a população que vive em instituições corresponde a, aproximadamente, 0,5% da população idosa no Brasil, 9% nos Estados Unidos e 6% na França³.

Fatores que contribuem para o uso dessas residências incluem dependência das pessoas idosas, dificuldades financeiras da família, ausência de um cuidador em casa, mudança na dinâmica familiar, devido a todos os membros da família trabalharem e conflitos familiares⁴. Por não ser um processo

natural, a mudança para um lar coletivo pode impactar negativamente na vida e na saúde das pessoas idosas⁵. Nessa perspectiva, as ILPI devem desenvolver ações que favoreçam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas e que estimulem a manutenção da cognição, independência e capacidade física⁶.

Para verificar se estas ações estão sendo desenvolvidas, a avaliação das ILPI tem sido uma prática incentivada e reconhecida em muitos países, contribuindo para a implementação de políticas sociais⁷. No Brasil, a legislação regula o funcionamento do ILPI definindo os padrões mínimos de organização, recursos humanos, infraestrutura, processos operacionais, saúde, alimentação, limpeza, lavagem, processamento de roupas e armazenamento^{8,9}. A vigilância sanitária realiza processos de avaliação externa com o objetivo de inspeção, de acordo com as normas estabelecidas. No entanto, não foram identificados processos sistematizados de avaliação interna que favoreçam a identificação de problemas, o planejamento e a tomada de decisões por parte daqueles que atuam no cotidiano da assistência à pessoa idosa^{9,10}.

Essa avaliação da ILPI é uma questão complexa que deve ser teoricamente conceituada e orientada. Uma das muitas ferramentas existentes para avaliação, chamada Indicadores Observáveis da Qualidade do Cuidado nas ILPI, utiliza o Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento Centrado na Pessoa, e contém sete dimensões de qualidade¹⁰. No entanto, em sua maioria, essas ferramentas não usam um modelo conceitual ou não são criadas especificamente para ILPI, ou ainda não incluem a percepção das pessoas idosas, dos trabalhadores, gestores e familiares na avaliação de uma forma conjunta¹⁰.

Para que seja realizada uma avaliação robusta, pressupõe-se a utilização de ferramentas que apoiem o processo de avaliação, que deve ser realizado de forma contínua por pessoas próximas à ILPI, a fim de possibilitar o planejamento do cuidado e melhorias na estrutura e nos processos de trabalho. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo desenvolver e realizar a validação de conteúdo de um instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI baseado no modelo de avaliação multidimensional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido entre março e dezembro de 2021, para a criação e validação de conteúdo de um instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI, denominado QualificaILPI. As etapas de seu desenvolvimento foram demonstradas na Figura 1. Para sua construção, foram considerados modelos de qualidade do cuidado em ILPI e legislação brasileira, além de revisão da literatura.

Os modelos conceituais adotados foram o modelo de qualidade em ILPI desenvolvido por Figueiredo et al.¹¹ e o modelo multidimensional de qualidade da atenção em ILPI de Rantz et al.¹². Figueiredo et al.¹¹

definiram a qualidade do ILPI como relacionada ao ambiente, cuidado oferecido, equipe e processo de trabalho, estado, família e comunidade, por meio de pesquisa qualitativa usando entrevistas não estruturadas. Segundo Rantz et al.¹², a qualidade do cuidado é multidimensional, abrangendo aspectos relacionados à equipe, cuidado, envolvimento da família, comunicação, ambiente, domicílio e custo. Também foi utilizado o modelo teórico de Donabedian¹³ para avaliação de serviços de saúde para definir o processo de trabalho e a estrutura a serem avaliados pelo instrumento. A estrutura envolve recursos materiais, humanos e organizacionais que favorecem os processos de trabalho envolvendo atividades relacionadas ao cuidado¹³. Esses modelos foram escolhidos com base em uma revisão de escopo dos modelos existentes para orientar a avaliação do cuidado em ILPI¹⁰. Adicionalmente, o marco legal utilizado foi a Resolução da Diretoria Colegiada, nº 502, de 27 de maio de 2021, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o funcionamento da ILPI⁸.

O instrumento possui padrões de qualidade, definidos com base na literatura ou na legislação, referentes a estrutura e processo de trabalho nas dimensões ambiente, equipe de trabalho, cuidado, lar, envolvimento familiar e comunidade e gestão da ILPI. Os conceitos das dimensões estão apresentados no Quadro 1. Para a avaliação de cada padrão, existe uma escala para indicar o seu nível de qualidade, que pode ser ausente, incipiente, intermediário ou consolidado. Essa escala varia de acordo com cada padrão. Os critérios utilizados para a construção da escala foram baseados em estudos anteriores ou tendo como referência o arcabouço legal brasileiro. Critérios estatísticos, quartis e tercis, foram usados quando nenhuma das condições estava disponível. O instrumento foi apresentado em uma ficha descritiva contendo a conceituação da dimensão de qualidade avaliada, descrição de cada padrão elaborado, objetivo, justificativa e escala de autoavaliação.

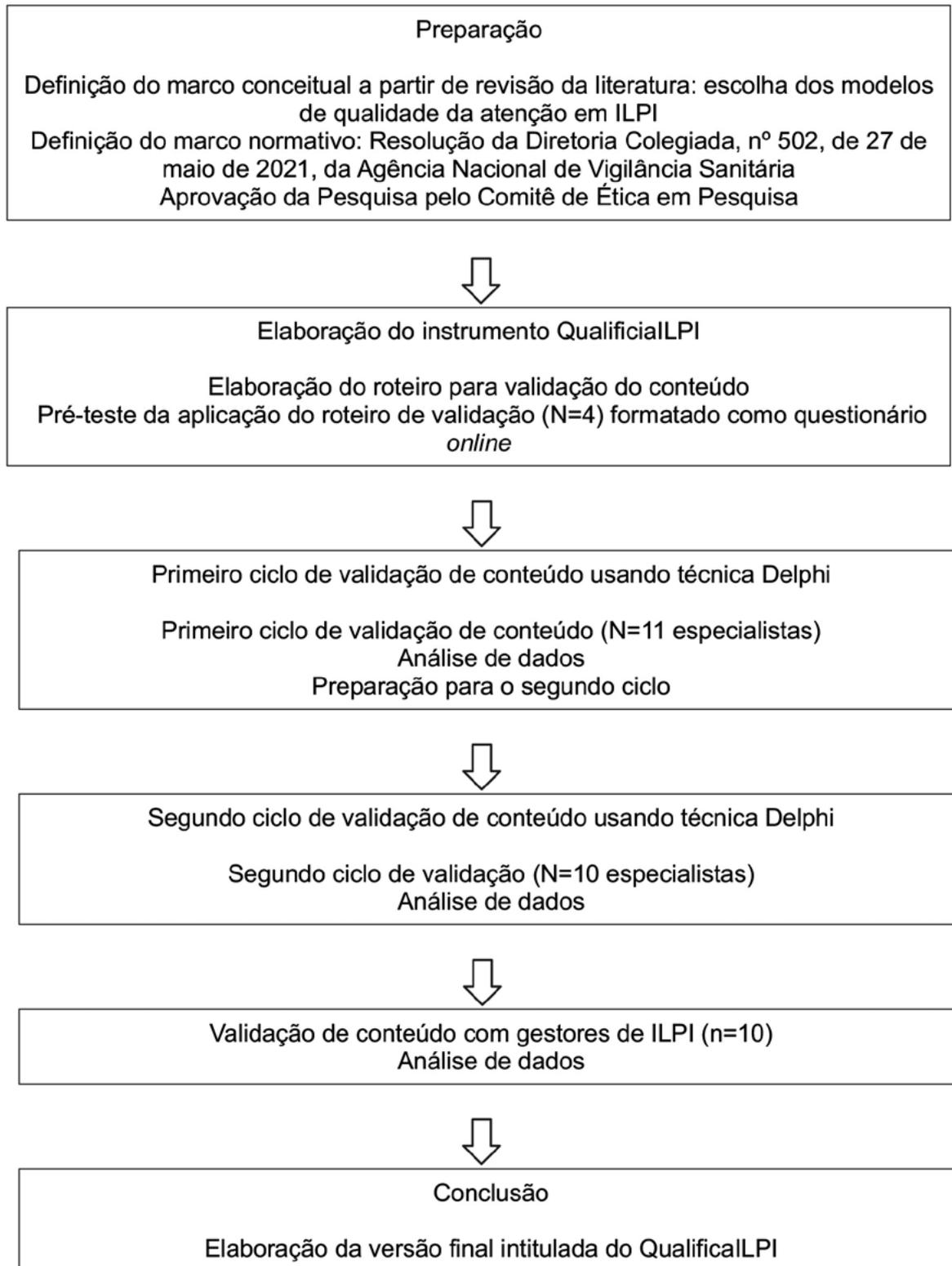


Figura 1. Etapas da validação de conteúdo de instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI (QUALIFICAILPI). Belo Horizonte, MG, 2021.

Quadro 1. Conceitos das dimensões avaliadas pelo instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI. Belo Horizonte, MG, 2021.

Dimensões	Conceitos
Ambiente	Utilizou-se o conceito de docilidade ambiental, que se refere a locais amigáveis resultantes da provisão de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória para favorecer a saúde física, a funcionalidade, a segurança, a identidade com a residência e o bem-estar psicológico do morador. Como as habilidades da pessoa declinam e o comportamento depende de fatores externos, torna-se necessário melhorar o ambiente do residente para que ele possa viver de forma mais digna, com mais segurança e bem-estar ^{7,14} .
Equipe de trabalho	Refere-se à equipe de profissionais que atuam no cuidado às pessoas idosas residentes na ILPI. É preciso observar os requisitos técnicos para cada categoria profissional, garantir o número mínimo de profissionais, estabelecer educação permanente e aprimoramento do processo de trabalho para que haja satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, melhor atendimento às necessidades do residente ^{10,14,15} .
Cuidado	Cuidado é qualquer ação para atender às necessidades básicas das pessoas idosas, incluindo também o estímulo ao autocuidado, à autoestima e à autovalorização. A ILPI deve cuidar continuamente das pessoas idosas, com respeito e escuta qualificada, empatia, incentivando sua autonomia e independência, sempre que possível. O cuidado é essencial para a qualidade de vida e sobrevivência das pessoas idosas ^{14,15} .
Lar	As pessoas idosas que vivem em ILPI devem sentir que estão em sua própria casa. Com um ambiente acolhedor, a ILPI deve preservar hábitos, autonomia, convívio social seguro, higiene, saúde, acessibilidade e privacidade. Quando isso acontece, a pessoa idosa percebe os funcionários como amigos e familiares, sentindo-se em casa, participando das atividades da ILPI com liberdade e privacidade ^{14,16} .
Envolvimento familiar e da comunidade	A manutenção da pessoa idosa em seu próprio ambiente familiar é ideal, mas se isso não for possível, o lar coletivo é uma possibilidade. Mas, mesmo assim, é necessário manter o esse envolvimento com a família e a comunidade, favorecendo a autonomia e a qualidade de vida. Essa interação ajuda a manter a saúde mental, a satisfação e a independência ^{10,17} .
Gerenciamento-da ILPI	A gestão da ILPI compreende processos administrativos para o alcance de resultados, com melhor qualidade de vida para a pessoa idosa, com base em normas que devem ser seguidas e que são estabelecidas pela legislação ^{10,18} .

ILPI: instituições de longa permanência para idosos

O instrumento foi inicialmente submetido a um pré-teste por quatro especialistas (docentes da área de saúde geriátrica) para avaliação do formato adotado, as dimensões e seus padrões de autoavaliação, linguagem e possíveis inconsistências.

A Técnica *Delphi* modificada¹⁴ foi então utilizada para validar o conteúdo do instrumento de autoavaliação, baseada no *Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDS)*¹⁹. Essa técnica consiste em uma consulta interativa com especialistas que julgam questões ou assuntos específicos em ciclos de avaliação até que um consenso seja alcançado. Foi realizada por meio de metodologia anônima de grupo estruturado, que permitiu o acúmulo

de contribuições de especialistas com diferentes experiências, desde a pesquisa até o atendimento de linha de frente à pessoa idosa. Os especialistas foram escolhidos por sua afinidade com o tema e experiência no atendimento à pessoa idosa¹⁴ sendo trabalhadores de ILPI, pesquisadores ou membros de associações/instituições de pesquisa ou proteção e assistência à pessoa idosa: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1), enfermeiros gerentes da Secretaria Municipal de Saúde (2), professores universitários (2), trabalhadores da Coordenação Estadual do Idoso (2) e cuidadores de pessoas idosas em ILPI: terapeuta ocupacional (1), nutricionista (1), advogada (1) e fisioterapeuta (1).

O roteiro de validação permitiu que os especialistas avaliassem cada padrão do instrumento de autoavaliação quanto à sua relevância:

- 1) “O padrão é relevante para a avaliação da qualidade da ILPI?”
- 2) “O padrão é relevante para a avaliação da dimensão proposta?”.

Para responder a essas duas perguntas, os especialistas escolheram uma das seguintes opções: o padrão é indispensável, necessário ou dispensável. Os especialistas também opinaram sobre as questões “A redação do padrão é adequada para a compreensão de seu conteúdo?”; “O objetivo do padrão está adequadamente descrito?”; e “A escala de classificação proposta é adequada para medir diferentes níveis de qualidade da ILPI em termos do padrão avaliado?” e escolheram uma das opções: adequada, parcialmente adequada ou inadequada. Adicionalmente, duas questões abertas permitiram que os especialistas registrassem uma sugestão de redação para melhorar a clareza e compreensão do conteúdo ou qualquer outro comentário ou sugestão sobre o padrão.

O instrumento de autoavaliação, o roteiro de validação e o termo de consentimento livre e esclarecido foram enviados aos especialistas por meio do *Google Forms on-line* após a concordância em participar do estudo, previamente confirmada por contato telefônico. As respostas obtidas foram analisadas e consolidadas, gerando um relatório anônimo disponibilizado nos ciclos de avaliação subsequentes, juntamente com o instrumento de autoavaliação corrigido a partir dos comentários recebidos. Os padrões foram mantidos no instrumento quando um percentual de concordância de pelo menos 75% entre os especialistas foi obtido²⁰, para todos os aspectos avaliados. O percentual foi calculado pela frequência de especialistas que responderam positivamente (opções de respostas: indispensável + necessário ou adequada + parcialmente adequada) aos aspectos avaliados para cada padrão, separadamente.

Após essa etapa, o instrumento QualificaILPI foi impresso e enviado a dez gestores de ILPI, selecionados por conveniência em cinco ILPI filantrópicas e cinco privadas, por serem potenciais usuários do instrumento. Eles foram solicitados a avaliar a clareza

dos padrões, a utilidade da autoavaliação para a ILPI e se a escala era adequada para diferenciar o nível de qualidade do cuidado na ILPI. Para avaliar a clareza e adequação da escala, as opções foram sim ou não. Para a utilidade, os gestores escolheram uma das seguintes opções de resposta: sempre, às vezes, raramente ou nunca. Quando os gestores optaram algum aspecto negativamente, eles foram solicitados a incluir uma justificativa para essa avaliação. Além disso, havia espaço para comentários e sugestões. Da mesma forma, o percentual de concordância entre os gestores, quanto à essas questões, foi obtido pela frequência daqueles que responderam positivamente (resposta sim ou às vezes + sempre).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Comitê em Pesquisa da UFMG CAAE: 17002519.4.0000.5149 e todos os especialistas registraram sua aceitação em participar da pesquisa após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que suporta os resultados deste estudo está em outro documento, publicado anteriormente disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/47720>²¹.

RESULTADOS

A primeira versão do instrumento de autoavaliação foi composta por 35 padrões que avaliaram aspectos da estrutura e do processo de trabalho em seis dimensões: ambiente, equipe de trabalho, cuidado, lar, envolvimento familiar e comunitário e gestão da ILPI.

Dois ciclos de validação foram necessários para obter o consenso entre os especialistas sobre os padrões propostos para o instrumento. Após o primeiro ciclo, foi excluído um padrão da dimensão ambiente por apresentar percentual de concordância <75%. Os especialistas consideraram inadequada a necessidade de um carro de propriedade da ILPI para o transporte das pessoas idosas, aspecto avaliado por esse padrão excluído. Na dimensão equipe de trabalho, a presença de diferentes categorias de profissionais de saúde, como os contratados nas ILPI, foi considerada desnecessária e até inadequada,

pois a percepção é de que a ILPI deveria ser como um lar, por isso foi excluída, assim como três padrões que continham atendimento médico, psicológico e odontológico pela ILPI. Caso a pessoa idosa necessite de algum desses profissionais, deve ser marcada uma consulta, que pode ser fora ou dentro do ILPI. Criou-se um padrão que contempla os cuidados com a saúde bucal, e não apenas a oferta de tratamento odontológico. Os padrões sobre acompanhamento da saúde da pessoa idosa pelo cuidador e sobre a necessidade dos registros de dados do mesmo foram modificados e unidos. A participação dos residentes em decisões na ILPI foi transferida para a dimensão Lar. O padrão que tratava da participação de voluntários em atividades no lar foi transferido para a dimensão Envolvimento da Comunidade e unido ao padrão que incentiva a presença da família na ILPI. O padrão sobre jardinagem foi incorporado ao de área verde e horta da dimensão Ambiente. Alterações nas redações de diversos padrões também foram realizadas a partir do comentário dos especialistas.

No segundo ciclo de validação, o percentual de concordância entre os especialistas foi superior a 75% para todos os padrões. Os especialistas também sugeriram incluir a avaliação do perfil do cuidador e a qualidade do curso técnico para cuidadores de pessoas idosas realizado por eles, além disso, sugeriram mudanças em relação à pandemia da covid-19. No entanto, essas questões extrapolam os objetivos dos instrumentos de autoavaliação. A avaliação do perfil dos cuidadores requer conhecimentos específicos, sendo que a qualidade do curso de cuidador independe da ILPI, que é regulamentado pelo Ministério da Educação. Além disso, foi recomendado considerar a situação extraordinária da pandemia e adotar as mudanças necessárias, enquanto for necessário. Outras sugestões de redação e conteúdo foram acatadas e qualificaram os padrões. Os percentuais de concordância entre os especialistas para os aspectos de validação de conteúdo dos padrões foram apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Percentual de concordância dos especialistas no primeiro e segundo ciclos de validação de padrões em termos de relevância para avaliação da qualidade da ILPI, relevância para avaliação da dimensão, compreensão, adequação do objetivo e da escala de avaliação (número de especialistas no primeiro ciclo: 11; no segundo: 10). Belo Horizonte, MG, 2021.

Dimensões	Aspectos avaliados por especialistas nos dois ciclos de validação									
	Relevância do padrão para a avaliação da qualidade dos cuidados de longa duração		Relevância do padrão para avaliação da dimensão		Compreensão adequada		Descrição adequada da finalidade do padrão		Escala adequada	
	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2
Ambiente										
Padrões										
1	90,9	100	90,9	100	90,9	100	81,2	100	81,2	100
2	100	100	90	100	81,8	100	72,7*	100	63,6*	100
3†	100	90	100	90	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5‡	72,8*		72,8*		72,8*		81,8		72,8*	
6	90,9	100	81,8	100	90,9	100	90,9	100	90,9	100
Equipe de trabalho										
Padrões										
1‡	90,9		90,9		100		100			
1	90,9	100	90,9	100	90,9	100	100	100	100	100
2	90,9	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	90,9	100	100	90	90,9	100
4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

continua

Continuação da Tabela 1

Dimensões	Aspectos avaliados por especialistas nos dois ciclos de validação									
	Relevância do padrão para a avaliação da qualidade dos cuidados de longa duração		Relevância do padrão para avaliação da dimensão		Compreensão adequada		Descrição adequada da finalidade do padrão		Escala adequada	
	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2
Ambiente										
Cuidado										
Padrões										
1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	90,9	100	90,9	90	90,9	100	90,9	100	100	100
4§	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	90,1	100	90,1	90	100	100	100	100	100	100
8	100	100	90,1	100	100	100	100	100	100	100
9° §	90,1		81,8		90,1				100	
10	100		90,1		100		100		100	
9	81,8	100	81,8	90	199	100	100	100	100	90
11‡	81,8		81,8		100		100		100	
12‡	90,1		90,1		100		100		100	
13‡	81,8		81,8		100		100		100	
9		100		100		100		100		100
10		100		90		100		100		90
Lar										
Padrões										
1	90,9	90	90,9	90	90,9	90	90,9	100	81,8	100
2 **	100	90	100	90	100	100	100	100	100	100
3	90,9	90	90,9	90	100	100	100	100	100	100
4	81,8		81,8		100		100		100	
3†		90		90		100		100		100
Envolvimento familiar e da comunidade										
Padrões										
1 **	81,8	100	81,8	100	100	100	100	100	100	100
2	90,9	100	90,9	100	100	100	100	100	100	100
Gerenciamento da ILPI										
Padrões										
1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	81,8	90	81,8	90	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ILPI: instituições de longa permanência para idosos*Percentual de concordância entre especialistas <75%; † Parte do padrão deslocada para outra dimensão (3 a 3); ‡ Padrões excluídos; § Padrões reunidos na mesma dimensão (4 e 9); || Padrão movido para outra dimensão (10 e 3); **Padrões unidos em diferentes dimensões (2 e 1).

Na avaliação do instrumento pelo público-alvo, o percentual de concordância entre gestores ficou acima de 80% para todos os aspectos avaliados e todos os padrões. Os gestores consideraram que o padrão 5, da dimensão 3 (Cuidado), e o padrão 3, da dimensão 6 (Gestão), seriam “raramente” úteis para ILPI. O padrão 5 se refere à prevenção da violência, a partir da dimensão cuidado. A justificativa apresentada para essa resposta não considerou a violência como uma situação esperada dentro da ILPI, mas sabe-se que ela existe e precisa de atenção. O outro padrão avalia a participação dos gestores e profissionais da unidade de saúde próximo à ILPI na elaboração do plano de saúde.

Argumentou-se que isso não ocorre no cotidiano do ILPI, mas é uma exigência da legislação brasileira⁸ e deve ser estimulado, pois promove a integração entre a ILPI e as unidades de saúde. Quanto à adequação da escala de avaliação, todos os padrões obtiveram concordância superior a 80% (Tabela 2).

O instrumento final de autoavaliação apresentou 29 dos 35 padrões distribuídos em seis dimensões (Tabela 3). A versão completa do instrumento QualificaILPI com as escalas e parâmetros de avaliação encontra-se arquivo suplementar: <http://hdl.handle.net/1843/47720> 21¹⁷.

Tabela 2. Percentual de concordância dos gestores de ILPI (n=10) quanto à clareza dos padrões, sua utilidade para a autoavaliação e a adequação da escala para diferenciar qualidade do cuidado na ILPI. Belo Horizonte, MG, 2021.

Aspectos avaliados pelos gestores				
Padrões	Clareza dos padrões (% Sim)	Utilidade da autoavaliação para a ILPI (% sempre e às vezes)		Adequação do instrumento para diferenciar os níveis de qualidade do cuidado na ILPI (% sim)
Dimensão 1: Ambiente				
		Sempre	Às vezes	
1	100	100		90
2	100	100		80
3	90	100		100
4	100	80	20	100
5	100	80	20	90
Dimensão 2: Equipe de trabalho				
1	100	100		100
2	100	90	10	100
3	100	90	10	80
4	100	90	10	100
5	100	90	10	90
Dimensão 3: Cuidado				
1	100	90	10	90
2	100	90	10	100
3	100	80	20	90
4	100	90	10	100
5	100	80	20	90
6	100	90	10	100
7	100	80	20	100
8	90	90	10	90
9	100	90	10	100
10	100	80	20	100

continua

Continuação da Tabela 2

Aspectos avaliados pelos gestores				
Padrões	Clareza dos padrões (% Sim)	Utilidade da autoavaliação para a ILPI (% sempre e às vezes)		Adequação do instrumento para diferenciar os níveis de qualidade do cuidado na ILPI (% sim)
Dimensão 4: Lar				
1	100	90	10	100
2	100	80	20	90
3	100	70	30	90
Dimensão 5: Envolvimento familiar da comunidade				
1	100	80	20	100
2	100	80	20	90
Dimensão 6: Gestão				
1	100	70	30	80
2	100	70	30	80
3	90	70	30	80
4	100	80	20	100

ILPI: Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Tabela 3. Dimensões e aspectos abordados pelos padrões de qualidade do instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado na ILPI - QualificaILPI. Belo Horizonte, MG, 2021.

Padrões	Dimensão 1: Ambiente
1	Questões de mobilidade e segurança
2	Adequação dos dormitórios
3	Área de convivência, área verde, acesso à internet
4	Local adequado para medicamentos
5	Limpeza e higiene (presença de odores)
Dimensão 2: Equipe de trabalho	
1	Número adequado de cuidadores considerando o grau de dependência do residente
2	Responsável técnico
3	Cuidadores com curso de capacitação
4	Educação Permanente
5	Reuniões de equipe
Dimensão 3: Cuidado	
1	Alimentação adequada
2	Normas e rotinas técnicas para processamento de alimentos
3	Plano de assistência médica
4	Cadastro individualizado do residente
5	Prevenção da violência
6	Atividades físicas
7	Atividades recreativas e culturais
8	Atividades ocupacionais
9	Cuidados dentários diários, incluindo limpeza de próteses dentárias
10	Cuidados de saúde

continua

Continuação da Tabela 3

Padrões	Dimensão 4: Lar
1	Atividades intergeracionais
2	Consideração das preferências do residente
3	Participação nas decisões domésticas
	Dimensão 5: Envolvimento familiar e da comunidade
1	Incentivar a participação da família e da comunidade
2	Integração com Instituições de Ensino
	Dimensão 6: Gestão
1	Uso de indicadores para monitorar o desempenho
2	Discussão do monitoramento com os colaboradores
3	Participação da saúde pública no planejamento
4	Estratégias para evitar rotatividade de profissionais

DISCUSSÃO

O instrumento QualificaILPI apresentou validade de conteúdo, conferida pelos especialistas, e foi considerado claro e útil por gestores e profissionais ao contribuir para o processo de autoavaliação da qualidade da assistência na ILPI. O processo de validação por especialistas e público-alvo contribuiu para qualificar o instrumento produzido²⁰.

O número de especialistas indicado e os ciclos de validação foram conduzidos de acordo com a descrição da técnica, que recomenda de cinco a dez especialistas, com grande domínio do tema¹⁴. O método de consenso possibilitou sintetizar as informações dos especialistas, que expressaram livremente seus posicionamentos e impressões sobre o instrumento em construção sem a presença de outro, o que reduziu o risco de viés. Por fim, modificações e alterações necessárias foram apontadas por todos os especialistas^{14,22}.

O QualificaILPI inova como um instrumento de autoavaliação que inclui padrões referentes à participação das pessoas idosas em atividades da ILPI; existência de parceria com instituições de ensino e participação de pessoas de todas as idades na rotina da ILPI, possibilitando o convívio entre gerações; a inclusão dos cuidados com a saúde bucal, que podem evitar agravos à saúde; e a prevenção da violência²¹. Os padrões incluem aspectos importantes para a saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas. Foi levado em consideração a necessidade

da aproximação da ILPI com um lar, sem, contudo, esquecer da necessidade de atender as necessidades de saúde e estimulação da pessoa idosa para manutenção e recuperação de sua saúde.

A dimensão ambiente engloba aspectos da estrutura que permitem privacidade, espaço para socialização, conforto e segurança, podendo prevenir acidentes e favorecer os processos de trabalho, como visto em outros estudos^{12,23}. A dimensão equipe de trabalho aborda os trabalhadores de ILPI, incluindo os cuidadores, que devem ser capacitados e motivados, essenciais para uma assistência de qualidade^{12,13,24}. A dimensão cuidado avalia aspectos como a alimentação^{6,25}, e a atividade física, que é importante para a convivência e interação com outros residentes, manutenção da saúde e independência^{6,24,26,27}. Inclui também a avaliação do plano de cuidados individualizado³, evitando internações e mantendo a saúde bucal para evitar o excesso de biofilme que pode estar relacionado à pneumonia respiratória²⁸. Além de prevenir a violência, que pode gerar consequências psicológicas negativas afetando a saúde e o bem-estar¹⁶.

A dimensão do lar visa avaliar se a ILPI está o mais próximo possível de um lar, garantindo que os moradores participem de algumas decisões, preservando seus hábitos e autonomia gerando saúde e bem-estar^{12,17}. A quinta dimensão, envolvimento da família e da comunidade, avalia se essas relações estão sendo incentivadas e permitidas da forma mais ampla possível para uma melhor saúde mental e qualidade

de vida. Parcerias com instituições de ensino para aumentar a interação social e a estimulação cognitiva e física também devem ser consideradas¹⁶ além do contato com pessoas de outras gerações²⁹. A última dimensão avalia a gestão, que deve ser bem planejada com acompanhamento adequado para o funcionamento da ILPI^{8,20,30,31}.

Há algumas limitações a serem consideradas neste estudo. Primeiramente, a técnica Delphi não permite a interação presencial ou em grupo entre os participantes, o que limita a troca de informações, embora promova maior liberdade e autonomia nas avaliações. Além disso, a longa duração do processo de validação, que pode se estender por vários meses até a obtenção de todas as respostas, é um desafio^{32,33}. Definir escalas de avaliação foi complexo, uma vez que nem sempre foram disponíveis parâmetros (na literatura ou documentos normativos) para definição de qualidade da ILPI, tendo alguns deles se basearam em estatísticas. É importante notar que este estudo se concentra exclusivamente na validação do conteúdo do instrumento por especialistas, enquanto pesquisas futuras deverão avaliar suas propriedades psicométricas e dimensionalidade. Embora reconheça-se as diferenças das ILPI em diferentes contextos, os conceitos adotados para definição de qualidade pode ser aplicáveis de forma abrangente, especialmente em relação a elementos como o contato com a família e o senso de pertencimento a um lar. Esse instrumento de autoavaliação, abrangendo várias dimensões, oferece uma oportunidade para os responsáveis pela gestão e cuidados dos idosos analisarem diversos aspectos do funcionamento e das práticas das ILPI. Isso engloba desde questões estruturais e de gestão até o trabalho em equipe e o relacionamento entre as ILPI, os idosos e seus familiares, bem como o envolvimento da comunidade. A implementação do processo de autoavaliação permite um monitoramento contínuo da qualidade dos cuidados, o que contribui para o bem-estar de todos os envolvidos, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que enfatizam a importância da avaliação das ILPI^{21,31,34,35}.

CONCLUSÃO

O instrumento de autoavaliação QualificaILPI apresentou validade de conteúdo e foi considerado

útil para avaliar o nível de qualidade do cuidado na ILPI em relação aos padrões multidimensionais de qualidade. Este instrumento de autoavaliação representa uma ferramenta poderosa e inovadora que os coordenadores de Instituições de Longa Permanência para Idosos, gestores e profissionais podem utilizar de diversas maneiras. Ele permite um acompanhamento contínuo da qualidade dos serviços oferecidos por essas instituições, servindo como guia em reuniões com funcionários, gerentes e residentes, além de auxiliar no planejamento e na tomada de decisões. A autoavaliação desempenha um papel fundamental ao contribuir para a vigilância e monitoramento contínuo. Ela também pode indicar aspectos que podem ser aprimorados para elevar a qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas. Os resultados obtidos podem ser usados para fazer comparações ao longo do tempo, permitindo uma análise longitudinal do desempenho em relação aos padrões estabelecidos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os especialistas e gestores que participaram da elaboração deste instrumento.

AUTORIA

- Bruno Luís de Carvalho Vieira – concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.
- Arianne Correa Martins - análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.
- Raquel Conceição Ferreira – concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.
- Andréa Maria Duarte Vargas – concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Sanford AM, Orrell M, Tolson D, Abbatecola AM, Arai H, Bauer JM, et al. An International Definition for “Nursing Home.” *J Am Med Dir Assoc.* 2015 Mar;16(3):181–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.013>.
2. Berete F, Demarest S, Charafeddine R, De Ridder K, Vanoverloop J, Van Oyen H, et al. Predictors of nursing home admission in the older population in Belgium: a longitudinal follow-up of health interview survey participants. *BMC Geriatr.* 2022 Oct 20;22(1):807. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03496-4>
3. del Campo Cervantes JM, Macías Cervantes MH, Monroy Torres R. Effect of a Resistance Training Program on Sarcopenia and Functionality of the Older Adults Living in a Nursing Home. *J Nutr Health Aging.* 2019 Nov 27;23(9):829–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1261-3>
4. Kojima G. Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther.* 2018 Jan;41(1):42–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000097>.
5. Medeiros PA de, Fortunato AR, Viscardi AA da F, Sperandio FF, Mazo GZ. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet.* 2016 Nov;21(11):3597–610. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015>
6. Chang Y-H, Wu I-C, Hsiung CA. Reading activity prevents long-term decline in cognitive function in older people: evidence from a 14-year longitudinal study. *Int Psychogeriatrics.* 2021 Jan 5;33(1):63–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610220000812>
7. Iijima K, Arai H, Akishita M, Endo T, Ogasawara K, Kashihara N, et al. Toward the development of a vibrant, super-aged society: The future of medicine and society in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2021 Aug;21(8):601–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.14201>
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. 2021. http://bibliotecadigital.anvisa.ibict.br/jspui/bitstream/anvisa/423/1/RDCn531_04.08.2021_publicada06.08.2021_versão%20web.pdf.
9. Neumann LTV, Albert SM. Aging in Brazil. *Gerontologist.* 2018 Jul 13;58(4):611–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gny019>
10. Vieira BL de C, Martins AC, Ferreira RC, Vargas AMD. Quality of care in long-term care institutions: A scoping review of literature. *Res Soc Dev.* 2021 Jul 10;10(8):e17110817117. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17117>.
11. Figueiredo, AFP, Chiari, APG, Senna, MIB, de Figueiredo, IL, Vargas, AMD, & Ferreira, RC. Mapping a quality model for homes for the aged. *Rev Kairos.* 2020;23(2):435-56. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p435-456>.
12. Rantz MJ, Zwygart-Stauffacher M, Popejoy L, et al. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual.* 1999 Oct 1;14(1):16-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001786-199910000-00004>.
13. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>.
14. Jones J, Hunter D. Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995 Aug 5;311(7001):376–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376>.
15. Buedo-Guirado, C, Rubio, L, Dumitrache, CG, and Romero-Coronado, J. Active aging program in nursing homes: Effects on psychological well-being and life satisfaction. *Interv Psicosoc.* 2020; 29(1):49-57, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5093/pi2019a18>.
16. Gilissen J, Pivodic L, Wendrich-van Dael A, Cools W, Vander Stichele R, Van den Block L, Deliens L, Gastmans C. Nurses’ self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: A survey study. *J Palliat Med.* 2020;34(7):917-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216320916158>.
17. Minayo MC, Almeida LC. Importância da política nacional do idoso no enfrentamento da violência. In: *Política Nacional do idoso: velhas e novas questões.* Ed. Rio de Janeiro: IPEA. 2016: 435-456.
18. Caspari S, Råholm MB, Sæteren B, et al. Tension between freedom and dependence-A challenge for residents who live in nursing homes. *J Clin Nurs.* 2018;27(21-22):4119-4127. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14561>

19. Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative medicine*. 2017 Sep;31(8):684-706.
20. Niederberger M, Spranger J. Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Front Public Heal* [Internet]. 2020 Sep 22;8. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2020.00457/full>
21. Vieira, BL de C. Qualidade do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: criação e validação de instrumento de autoavaliação [Tese]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais (RI-UFGM). 8 Jul 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/47720>.
22. Taylor E. We Agree, Don't We? The Delphi Method for Health Environments Research. *HERD Heal Environ Res Des J* [Internet]. 2020 Jan 30;13(1):11–23. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1937586719887709>
23. Van Loon J, Janssen M, Janssen B, de Rooij I, Luijckx K. How older adults with physical impairments maintain their autonomy in nursing homes. *Ageing Soc* [Internet]. 2023 Jan 25;1–23. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S0144686X22001428/type/journal_article
24. Gillespie SM, Moser AL, Gokula M, Edmondson T, Rees J, Nelson D, et al. Standards for the Use of Telemedicine for Evaluation and Management of Resident Change of Condition in the Nursing Home. *J Am Med Dir Assoc*. 2019 Feb;20(2):115–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.022>.
25. Mozaffarian D, Liu J, Sy S, Huang Y, Rehm C, Lee Y, et al. Cost-effectiveness of financial incentives and disincentives for improving food purchases and health through the US Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP): A microsimulation study. *PLOS Med*. 2018 Oct 2;15(10):e1002661. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002661>.
26. Souza PD, Benedetti TR, Borges LJ, Mazo GZ, Gonçalves LH. Functional fitness of elderly living in a long-term care institution. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2011;14:07-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100002>
27. Resnick B. Next steps in long term care: How can nursing help?. *Geriatric Nursing (New York, NY)*. 2021; 2(4):A1. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.014>.
28. Aiemyen N, Pothidee T, Sopapornamorn P, Sopapornamorn P, Payukaparp P, Luangnam C, Suksan S et al. Chemical Oral Health care and Aspiration Pneumonia (AP) in Elderly Patients: A Systematic Literature Review. *Journal of International Dental & Medical Research*. 2020; 13(1), 372-378.
29. Husebø AML, Storm M, Våga BB, Rosenberg A, Akerjordet K. Status of knowledge on student-learning environments in nursing homes: A mixed-method systematic review. *J Clin Nurs*. 2018 Apr 30;27(7–8). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14299>.
30. Pollo SH, Assis MD. Long-term care facilities—challenges and alternatives in Rio de Janeiro municipality, Brazil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019 Aug 5;11:29-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11014>.
31. Roquete FF, Batista CC, Arantes RC. Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017 Mar;20:286-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160053>
32. Schmalz U, Spinler S, Ringbeck J. Lessons learned from a two-round Delphi-based scenario study. *MethodsX*. 2021 Jan 1;8:101179. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mex.2020.101179>
33. Fink-Hafner, D., Dagen, T., Doušak, M., Novak, M., & Hafner-Fink, M. Delphi method: Strengths and weaknesses. *Advances in Methodology and Statistics*. 2019;16(2):1-9. <https://doi.org/10.51936/fcfm6982>. Disponível em: <https://doi.org/10.51936/fcfm6982>
34. World Health Organization. Decade of healthy ageing. The global strategy and action plan on ageing and health 2016e2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. [Internet] Seventy-Third World Health Assembly. May 5, 2020. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf> [Internet]
35. Perracini M R, Arias-Casais N, Thiyagarajan J A, et al. A recommended package of long-term care services to promote healthy ageing based on a WHO global expert consensus study. *J Am Med Dir Assoc*. 2022; 23(2): 297-303. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.019>.



O cuidado de pessoas idosas em processo de fragilização: dificuldades e emoções na perspectiva de quem cuida

The care of older adults in the process of frailty: challenges and emotions from the caregiver's perspective

Gislaine Alves de Souza^{1,2} 
Karla Cristina Giacomin^{1,2} 
Josélia Oliveira Araújo Firmo¹ 

Resumo

Objetivo: Compreender dificuldades e emoções no processo de cuidado na perspectiva das pessoas que cuidam de pessoas idosas em processos de fragilização nos seus domicílios. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa e Médica. Nove cuidadoras e um cuidador foram entrevistados no domicílio da pessoa idosa cuidada. A análise êmica foi guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações. **Resultados:** As dificuldades aparecem na ausência de formação para cuidar, nos constrangimentos das rotinas de higiene, na ausência de cumprimento de direitos trabalhistas, na falta de acessibilidade e de recursos materiais, nas relações familiares e na interpretação das ações da pessoa cuidada como teimosia. As emoções descritas pelas pessoas entrevistadas são de carinho, satisfação, cansaço, estresse, sobrecarga e medo de agravamento e de erro. **Conclusão:** As pessoas que cuidam revelaram um envolvimento intenso e complexo de âmbito moral, mas também ético e emocional. Evidenciam um cenário em que é fundamental reconhecer e enxergar o trabalho de cuidar de as pessoas idosas em processo de fragilização e implementar políticas de cuidado com ações comunitárias e intersetoriais de suporte ao cuidado.

Palavras-chave:

Antropologia. Cuidadores.
Idoso Fragilizado.

Abstract

Objective: To comprehend the challenges and emotions within the caregiving process from the perspective of those who care for older adults in situations of frailty within their own homes. **Method:** A qualitative research approach rooted in the theoretical and methodological framework of Interpretative and Medical Anthropology was employed.

Keywords:

Anthropology.
Caregivers. Frail older
individual.

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE), Instituto René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ Minas). Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Prefeitura de Belo Horizonte - MG. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Código 001. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), N° do processo: 303372/2014-1, Bolsa de produtividade. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), N° do processo: APQ-00703-17.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Gislaine Alves de Souza
gislaine.as@gmail.com

Recebido: 13/03/2023
Aprovado: 25/09/2023

Nine female caregivers and one male caregiver were interviewed within the homes of the elderly individuals they were caring for. Emic analysis was guided by the model of Signs, Meanings, and Actions. *Results:* Challenges manifest in the absence of caregiver training, constraints related to hygiene routines, the absence of compliance with labor rights, lack of accessibility and material resources, family relationships, and the interpretation of the actions of the care recipients as stubbornness. Emotions described by the interviewees include affection, satisfaction, fatigue, stress, burden, and fear of worsening and making mistakes. *Conclusion:* Caregivers revealed a deep and complex moral, ethical, and emotional involvement in their caregiving roles. They highlight a scenario where it is essential to recognize and acknowledge the work involved in caring for older adults in situations of frailty and to implement caregiving policies with community and cross-sector support actions.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade quando acompanhado da síndrome multifatorial da fragilidade^{1,2} gera maior demanda de cuidados³⁻⁸. O processo de fragilização é dinâmico conjugando fatores individuais, familiares e sociais, e requer ampliar o acesso a cuidados de longa duração e a redes informais e formais de cuidado⁹. Sabe-se que cuidadoras e cuidadores são essenciais no empoderamento e no cuidado de pessoas idosas frágeis^{1,10}, porém, o envelhecimento populacional tem acontecido com número insuficiente de pessoas na atividade de cuidado, com escasso apoio às famílias e com despreparo de profissionais e de serviços, além da insuficiência de políticas públicas de cuidados^{3-7,10,11}.

No Brasil, a maioria das pessoas que cuidam possuem vínculo familiar e mais de 50 anos de idade^{2,3,5,9} e, quando há presença de alguém profissional, geralmente, possui pouca formação e trabalha em condições precárias³. Por sua vez, o envelhecimento com fragilidade reorienta a dinâmica familiar transformando principalmente a mulher em cuidadora, de modo integral, solitário e sem remuneração^{4,5,10}. As pessoas idosas e quem delas cuida são afetadas por vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, com precarização das condições de vida e de saúde^{3,4}, tornando-as esquecidas, desvalorizadas e invisibilizadas^{4,5}, sendo, portanto, necessário politizar o cuidado de modo globalizado, para além da oposição entre formal e informal^{11,12}.

No campo da geriatria e gerontologia considera-se importante compreender como quem cuida

vivencia a relação intersubjetiva com o cuidado^{5,10}, especialmente no contexto de fragilidade². Interessasse por conhecer o universo no qual o cuidado acontece e a complexidade dessa atividade, de modo a identificar as estratégias utilizadas¹³ para gerar informações que visem apoiá-los^{10,14} e subsidiar políticas públicas⁵, com a retaguarda dos serviços de saúde^{4,8} para melhorar as condições de cuidado² para todas as pessoas envolvidas.

Por outro lado, a Antropologia inspira a pensar os circuitos e os diversos fios que tecem o cuidado, incluindo as múltiplas maneiras de trabalho concreto, os significados socioculturais, os valores e afetos na sua apreensão¹⁰. Contudo, é rara a análise do cuidado na perspectiva de cuidadoras e cuidadores de pessoas idosas em processo de fragilização¹. Além disso, as descrições androcêntricas não contemplam amplamente o cuidado em suas diferentes facetas, pois a sociedade se vale de quem promove o cuidado, mas lhe nega um lugar e visibilidade¹⁵. Desse modo, este artigo objetiva compreender dificuldades e emoções no processo de cuidado na perspectiva das pessoas que cuidam de pessoas idosas em processos de fragilização nos seus domicílios.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa e Médica^{16,17}, o qual compreende que é por intermédio dos padrões culturais que o ser humano encontra sentido, interpreta e guia suas ações¹⁷. Assim, desvela a ordem social metaforizada no biológico e lê o processo cultural sem estar míope

às dimensões sociais e políticas do adoecimento, evidenciando as relações de poder; a relação entre o capitalismo e a sociedade; a luta por direitos humanos e por justiça social¹⁶.

Para a seleção dos participantes realizaram-se contatos telefônicos com as pessoas idosas do banco da linha de base do estudo FIBRA do polo de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil¹⁸. Buscou-se a heterogeneidade no território do município. Os agendamentos das entrevistas seguiram por critério de conveniência. As pessoas que aceitaram participar da pesquisa foram incluídas. As entrevistas foram realizadas no domicílio da pessoa cuidada e as preferências de conciliar o horário com a rotina de cuidados foram acolhidas. A coleta de dados aconteceu em dois momentos: de janeiro a agosto de 2016 com indivíduos identificados como frágeis no banco de dados; porém em virtude da dificuldade em localizar pessoas sobreviventes ou a mudança do número telefônico disponibilizado no banco de dados, de janeiro a maio de 2018 com indivíduos que estavam identificados como pré-frágeis no banco de dados. Não houve recusa à participação. Para acessar a percepção do cuidado no processo de fragilização as entrevistas foram realizadas com roteiro semiestruturado, buscando compreender as percepções da condição de saúde, do envelhecimento, da fragilidade, do cuidado, as estratégias utilizadas (recursos comunitários e pessoais); as dificuldades e como lidam com elas no cotidiano e de que modo resolvem ou minimizam-nas; além de inquirir sobre a existência de apoio de outras pessoas ou instituições e explorar as ações que realizam fora desse âmbito de cuidar. As entrevistas foram realizadas por profissionais da psicologia e fisioterapia especialistas em envelhecimento humano, duraram em média 42 minutos e foram gravadas e transcritas. O encerramento das entrevistas teve como critério a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados, ao permitir evidenciar a complexidade do fenômeno e possibilitar a imersão no universo sociocultural¹⁹.

A análise dos dados foi fundamentada no modelo de “signos, significados e ações”, partindo das ações para aceder ao nível semântico como uma via de acesso privilegiado aos sistemas culturais²⁰.

Empregou-se a perspectiva êmica¹⁷. A análise iniciou-se com a leitura em profundidade do material coletado, tendo sido realizadas sucessivas leituras para identificar níveis de signos, significados e ações relacionados ao tema. Desse modo, o conteúdo de cada entrevista foi seccionado e organizado, o que possibilitou acessar as interpretações, examinar as relações entre os níveis e aprofundar a análise, compilada em categorias analíticas.

Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou – Fiocruz, sob o parecer nº 2141038/15. Antecedendo ao início das entrevistas os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. No decorrer de toda pesquisa respeitaram-se as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Com vistas a assegurar o sigilo, os cuidadores e as cuidadoras foram identificados pela letra “C” seguido do número de identificação da entrevista.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente Gislaine Alves de Souza.

RESULTADOS

Foram entrevistados nove cuidadoras e um cuidador, conforme categorização apresentada na Tabela 1. Sete cuidadoras eram solteiras e três casadas (dois cônjuges e uma filha), sendo notada a presença de pessoas idosas na atividade de cuidar. Acerca do suporte no cuidado, um familiar referiu haver revezamento diário entre filhos; as demais cuidadoras familiares relataram ser responsáveis pelo gerenciamento do cuidado integral e cotidiano, com apoio apenas pontual de terceiros. As cuidadoras profissionais descreveram esse suporte familiar de modo heterogêneo: uma família participa, outra é omissa e a terceira inexistente; mas reportam suporte de outros profissionais.

Tabela 1. Caracterização das pessoas entrevistadas no município de Belo Horizonte, MG, 2018.

Pessoa que cuida	Sexo	Idade	Tipo de vínculo	Descrição	Condição de saúde da pessoa idosa cuidada
C1	Fem.	49	Familiar**	Filha	Diabetes.
C2	Fem.	24	Profissional*	Sobrinha neta	Três quedas, fraturas e doença de Parkinson.
C3	Fem.	71	Familiar**	Filha	Depressão e bronquiectasia.
C4	Fem.	36	Profissional*	Cuidadora	Nove anos em diálise, onze cirurgias e fratura de fêmur.
C5	Fem.	65	Familiar**	Filha	Doença de Alzheimer.
C6	Fem.	33	Profissional*	Cuidadora	Doença de Alzheimer.
C7	Masc.	92	Familiar**	Esposo	Zumbido na cabeça, perna bamba e nervo.
C8	Fem.	68	Familiar**	Filha	Fratura no ombro, dor na coluna, hipertensão e colesterol.
C9	Fem.	53	Familiar**	Filha	Doença de Alzheimer.
C10	Fem.	86	Familiar**	Esposa	Doença de Alzheimer.

*relatou receber pagamento pela atividade de cuidado, reconhecido na literatura^{9,12} como cuidador formal; **Familiar nomeado, de modo recorrente, na literatura^{9,12} como cuidador informal.

Nas entrevistas foi relatado envolvimento no cuidado há mais de uma década, exceto pela cuidadora mais jovem. Contingências determinaram o exercício dessa atividade: agravamento do quadro clínico da pessoa cuidada; demais familiares trabalhavam; desemprego; não conseguir pagar por profissional do cuidado; e residir com a pessoa. Quatro relataram experiências anteriores como cuidadora. Todos residiam com a pessoa cuidada, salvo uma cuidadora profissional.

No cenário estudado, observa-se que o cuidado é realizado a pessoas idosas com diferentes condições de saúde e ao serem questionados acerca da fragilidade, contextualizavam:

“Ela (a mãe) já tá ficando mais frágil, está sendo caminho que a gente tem que ter mais cuidado, ficar sempre de olho, querendo ou não querendo fazer as coisas dela. Ela está mais frágil. (...) Ah eu fico de olho nela, vigiando ela o tempo todo. (...) É uma pessoa assim que ela precisa, do cuidado da gente com eles.” (C1)

“Eu acredito que (a fragilidade) seja a junção de várias coisas (...) porque eles tinham uma vida ativa, tinha independência de outra pessoa, aí quando passa a ter que depender por não ter condições mais físicas ou psicológicas de realizar suas atividades do dia-a-dia, isso deixa eles muito frágeis, às vezes

depressivos assim, sabe, por não se sentir mais útil ou algo do tipo, então eu acho que essa é a fragilidade mesmo de, de questão de também, do próprio corpo né, de não ter mais aquela força física (...) porque o osso já não tá tão forte, sabe, pra suportar, então tem esse tipo de fragilidade, física, psicológica também. (...) tem diversas (fragilidades), diversos cuidados que você tem que trabalhar.” (C2)

“Idoso Frágil? Com as fragilidades da vida? (...) Ah se ele não tem uma saúde 100%, se ele não tem um acompanhamento na sua família, ou se ele não tem uma parte monetária que não pode ajudá-lo também, ou se ele não tem uma parte espiritual que o ajude a funcionar (...) pode ter essas fragilidades físicas, mentais ou... (...) ela (a mãe) tinha certas fragilidades, mas ela, bancou vencer em muitas coisas (...) a vida não foi fácil pra ela (a mãe), depois que o papai faleceu, então, fragilidade monetária é uma fragilidade (...) ela não deixou, ela não esmoreceu (...) Tia M. foi uma pessoa vencedora, enterrou um monte de gente e tá viva até hoje, com tudo isso que ela teve (...) então, uma fragilidade é fertilidade (risos).” (C3)

Constata-se que a percepção do processo de fragilização acontece quando, em virtude das condições de saúde, a pessoa precisa do cuidado de outrem para auxiliar na realização das atividades básicas e da mobilidade; bem como na perda de

uma independência anterior; na diminuição da energia e da disposição de viver. Enquanto o cuidado cotidiano é elucidado, respectivamente, em narrativas de uma cuidadora familiar e de uma profissional, como visto a seguir:

“Uai, eu tenho ali. Um banho? É dependente. Os horários dos remédios, o almoço que eu tenho que sempre estar (...) deixar transparecer pra ela que ela tem a mim como companheira. (...) Te falar a verdade, vivo por ela (...) 24 horas aqui dentro.” (C5)

“É totalmente dependente hoje. É eu que dou banho, é eu que dou a medicação, como ela não enxerga direito, eu ajudo ela na alimentação (...) eu coloco na cadeira de rodas, e pra ir ao médico, eu que levo. (...) Eu fico 12 horas com ela todos os dias, só não fico à noite.” (C6)

Para compreensão das relações de cuidado, à análise emergiram como categorias: “Dificuldades” e “Emoções”.

Dificuldades

A maioria relatou dificuldades nos cuidados que impactam o cotidiano:

“Na época que nós tivemos uma cuidadora, que infelizmente não conseguimos, que financeiramente não deu, que não é barato (...) eu já falei, vai chegar num ponto que vai sobrar pra todos: um banho, ir no banheiro, trocar uma fralda. ‘Ah, mas nós somos homens’ (referindo-se aos argumentos dos filhos). E daí? mas é filho (...) A neurologista falou, tem que ter uma, uma pessoa que fala mais forte com ela: ‘Não é não’. Então quando eu falo ‘não’, ela fala: ‘você é brava, você está brava comigo’... (emociona) (...) Muitas vezes, se eu saio aqui por perto, tem outra pessoa com ela, na mesma hora ela me cobra: ‘por que que você saiu?’” (C5)

“Eu acho que o que mais interfere é que não existe a possibilidade do erro, sabe!? Porque é uma pessoa, é uma vida que tá dependendo de você (...) a mobilidade é uma dificuldade (...) já cheguei no Hospital X e não tinha cadeira de roda lá! (...) é uma chateação, uma falta de comprometimento (...) Eu carrego ela no colo.” (C2)

“Eu tinha que ficar com mamãe praticamente 24h (...) Alguém fala assim: ‘Nossa! Uma senhora de 71 anos, cuidar de uma pessoa de 90 anos! São duas idosas!’ (...) Queria dormir à noite e ela tava acordada (risos) (...) um dia a casa cai, a gorducha cai (referindo-se a si) (risos) fica gorda, porque tá muito ansiosa, cresce vinte e tantos quilos, mas um dia pifal!” (C3)

Não conseguir pagar, precisar colocar limites, não poder se ausentar, precisar lutar para ter tratamento adequado, adoecer, ter de lidar com o impacto das emoções da pessoa cuidada e com a relação com demais familiares são algumas das dificuldades que requerem atenção. Um compilado das dificuldades enumeradas está apresentado na Tabela 2.

Emoções

Face às dificuldades, diferentes emoções são expressas nas narrativas de atos cotidianos significados como cuidado e manifestadas ao longo das entrevistas:

“Papai foi diagnosticado (Alzheimer) em 2008 (...) teve a fase de perseguição, foi muito difícil. (...) É um contato carinhoso e físico que eu não tinha com ele, e que eu tô podendo ter.” (C9)

“Ah, a coisa pesa (...) O medo de, não do hoje, mas geralmente eu já penso, e amanhã!? Como ela vai amanhecer? (...) Será que eu vou dar conta?” (C5)

“Eu acho que nós dois já virou um vínculo de pai e filho (...) Seu A. quando passa mal, eu acho que eu passo mal junto com ele (...) eu já fiquei aqui três meses sem ir na minha casa, por causa dele (...) as filhas falam que se eu sair, ele morre (...) Já aconteceu de eu estar na hemodiálise com Seu A, meu irmão infartou, faleceu (...) daí eu tive que esperar, não pude transparecer pro Seu A.” (C4)

Uma síntese das emoções está apresentada na Tabela 3.

A Figura 1 esquematiza os achados deste artigo.

Tabela 2. Síntese das dificuldades no cuidado na perspectiva de quem cuida de pessoas idosas em processo de fragilização. Belo Horizonte, MG, 2018.

Compilado das dificuldades
<p>Estruturais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitação de recursos financeiros (C3, C4, C5); • Carência de acessibilidade (escadas) (C2, C6); • Pouco acesso a possíveis prognósticos (falha na comunicação por profissionais da saúde) (C3); • Precisar lutar para a pessoa idosa receber tratamento digno (C2, C3); • Estereótipos de gênero (C3, C5); • “Teimosia” da pessoa cuidada (ageísmo) (C1, C4, C8);
<p>Sociofamiliares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade de cuidar sozinha (C2, C3, C4, C5, C7); • Poucos investimentos de outros familiares no cuidado (C3, C4); • Mudança nas relações familiares (C3, C8);
<p>Adaptações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de adaptações no ambiente para mobilidade e segurança (C2, C4); • Necessidade de apoio para realizar as transferências (C2, C5, C6);
<p>Negligências com o autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escassez de tempo para si e para dormir (C3, C4, C5); • Impactos sobre sua saúde (C3, C5); • Adiamento de projetos (C1, C4, C5); • Impacto das emoções da pessoa cuidada (C2, C3, C4, C5);
<p>Desconfiança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constrangimento com exposição do corpo em atividades de higiene (C4, C5); • A pessoa cuidada não sente confiança em outra cuidadora (C3, C4, C5); • Falta de profissionalização • Ausência de formação (C2); • Falhas no cumprimento dos direitos trabalhistas (C4, C6).

Tabela 3. Síntese de emoções desencadeadas na relação de cuidado na perspectiva de quem cuida de pessoas idosas em processo de fragilização. Belo Horizonte, MG, 2018.

Compilado das emoções
<p>Emoções que favorecem o cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afeto, carinho e satisfação (C2, C3, C4, C6, C8, C9); • Gratidão (C1, C8, C10); • Paciência; compaixão (C2, C3, C4, C6);
<p>Emoções que sustentam o cuidado, mas a intensidade prejudica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proximidade excessiva; Dependência emocional, Simbiose (C3, C4, C5); • Ser afetado por alegrias e tristezas da pessoa cuidada (C2, C3, C4, C5); • Sentir-se responsável pela vida da pessoa cuidada (C1, C3, C4, C5, C6);
<p>Emoções que sobrecarregam o cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo da pessoa cuidada morrer ou do que poderá acontecer (C2, C4, C5); • Medo de fazer algo errado (C2, C5); • Assustar-se com alterações comportamentais ou agravamentos do quadro (C5, C10); • Insegurança, angústia (C1, C2, C3, C4, C5); • Impotência, raiva e impaciência (C5); • Cansaço, ansiedade, isolamento e estresse (C3, C4, C5).



Figura 1. Dificuldades e emoções no processo de cuidado para quem cuida de pessoas idosas em processos de fragilização. Belo Horizonte, MG, 2018.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a fragilidade é reconhecida pela pessoa que cuida de modo diverso: física, mental, emocional, cognitiva, familiar/ausência de acompanhante, monetária, comunicacional, espiritual. As pessoas entrevistadas contribuem para compreensão de que quem cuida também se sente frágil ao se ver incapaz de suprir todas as necessidades da pessoa cuidada. Adicionalmente, essa percepção de fragilidade não exclui a “fortitude”: a força de sustentar a vida e o processo de cuidado. Contudo, na literatura pesquisada não foram encontradas pesquisas sobre o processo de fragilização na perspectiva da pessoa que cuida.

Na literatura, a fragilidade configura-se como um conceito complexo, polissêmico, multidimensional e multideterminado, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais²¹. Ainda que inexista uma unanimidade na definição de fragilidade, ela geralmente está associada ao aumento de condições clínicas desfavoráveis, tais como suscetibilidade a doenças, declínio funcional, dependência em atividades de vida diária, quedas,

hospitalização e morte precoce²¹. E ainda conjuga questões que extrapolam o indivíduo, como o ambiente e aspectos macro que influenciam na qualidade de vida²², o que aponta para causas sociais, subjetivas, políticas e culturais.

Ao longo das entrevistas, observaram-se inicialmente dificuldades em nomear as limitações da pessoa cuidada, superadas após a acolhida do espaço de escuta. De modo similar, um estudo relata a negação inicial da carga de cuidar, embora transparecesse a existência de carga física, psicológica e financeira²³. Nesta pesquisa, visualizou-se ainda em campo, a preocupação por parte do grupo entrevistado para demonstrar que cuida da melhor maneira possível.

Nas entrevistas, expuseram desafios com a mobilidade e em levar para consultas médicas por dependerem do auxílio de outra pessoa e pelas barreiras à acessibilidade – dificuldade também reconhecida em outros estudos²³. Adicionalmente, a necessidade de cuidado ressignifica o projeto existencial de quem cuida; afeta projetos pessoais, familiares e profissionais⁷; ocasiona desgaste físico

e emocional^{2,4,8}, cansaço, sobrecarga, esgotamento e privação da liberdade⁴. As pessoas que cuidam afirmaram a impossibilidade de manutenção sozinha do cuidado necessário, uma responsabilização descomedida pela vida da pessoa cuidada. Muitas vezes o cuidado é realizado sozinho, sem apoio social e sem reconhecimento da atividade realizada. A literatura alerta para a diminuição da provisão de cuidados pela família e para a incapacidade de ela suprir sozinha mais que 50% das necessidades de cuidados de pessoas idosas dependentes⁸. Constata-se uma pressão sobre cuidadoras e cuidadores familiares, a ausência do apoio do Estado²³ e a demanda de regulamentação desses profissionais⁶.

A dificuldade do envolvimento de demais figuras familiares no cuidado, especialmente os homens, denunciam as questões de gênero, contestando a naturalização do cuidado como tarefa exclusivamente feminina. A literatura tem investido esforço nessa discussão¹² e reconhecido que ainda há uma predominância de mulheres na atividade de cuidar e uma invisibilidade desse fazer^{4,5,13,23,24}. O trabalho doméstico gratuito é ainda correlacionado a uma atribuição das mulheres^{25,26}.

Outro reflexo da significação da velhice presente na sociedade é a interpretação de algumas ações da pessoa cuidada que dificultam os cuidados como “mania de velho”, “teimosia”, “não querer sair de casa”, que aparecem nas narrativas de quem cuida - seja profissional ou familiar. Essas interpretações revelam um ageísmo, segundo o qual os estereótipos sobre a velhice são naturalizados e transformados em um problema individual²⁷. A ética de cuidado configura-se como um desafio devido às relações de poder existentes na vigilância contínua e na disciplinarização das ações¹¹.

Observam-se, em campo, relações e recursos de cuidado muito heterogêneos relativos a vínculos familiares e comunitários, diferentes condições de saúde, agravamento e manifestação de sintomas comportamentais. Investimento ininterrupto na busca de serviços e de um acesso efetivo aos recursos, inclusive os de saúde, conflitam com a ausência de acessibilidade física, restrições no acesso a tratamento, suporte e formação e a condição social vulnerável apresentam-se, frequentemente como dificuldades

no processo de cuidado. Esses aspectos encontram ressonância na literatura^{7,14}.

Além disso, quando o cuidado é prolongado podem surgir conflitos intrafamiliares⁸ e, muitas vezes, a disposição para cuidar é sustentada às custas da negligência com o próprio cuidado²⁸. O sentimento de falta de apoio dos demais membros da família é identificado neste e em diferentes estudos^{13,23}.

Todas as entrevistadas nomearam vivenciarem impactos na saúde física, mental e emocional. Ao encontro de outra pesquisa⁴, depararam com demandas repetitivas, crescentes e variadas; jornadas exaustivas, com dedicação irrestrita. Uma cuidadora conta “pifar” revelando que a prestação de cuidados tem consequências psiquiátricas e somáticas^{23,28,29}, bem como repercussões em sua saúde integral. As jornadas prolongadas causam sobrecarga¹³ e o autocuidado é relatado como pouco possível, embora seja essencial para continuar a cuidar⁴.

Cuidadoras e cuidadores familiares e profissionais abdicam de seu bem-estar para cuidar^{7,23} e têm desvantagens na saúde comparado com grupo de não cuidadores⁷. Experenciam sobrecarga em diferentes graus⁷ e âmbitos^{5,23} (física, emocionais, sociais, mentais e financeiras) e dificuldades em se preparar para cuidar⁷. Ademais, relatam serem cansativos o comportamento repetitivo, a bagunça e a agressividade²⁸ da pessoa cuidada.

Entrevistadas mencionaram o desconforto da pessoa cuidada em ter outros indivíduos assistindo-a nas rotinas de higiene - situações que podem gerar constrangimentos^{14,29}. Ter que dormir no hospital ou ser a pessoa a realizar o cuidado transpareceram na entrevista quando a pessoa cuidada não aceita o suporte de outrem.

Com exceção de uma profissional que trabalha 12 horas diárias e um familiar que, com recursos sociais e econômicos, readaptou sua vida para manutenção dos cuidados, todas as demais cuidadoras exibiram desafios em conciliar a tarefa de cuidado com outras dimensões da própria vida. Todas as profissionais entrevistadas nomearam extrapolar as oito horas diárias de trabalho. Essa sobrecarga e a precariedade de vínculo trabalhista aparecem em outros estudos⁶.

Desse modo, os resultados evidenciam que o cuidado não deve permanecer oculto e precisa de apoio, uma vez que uma das dificuldades experimentadas é a inversão de papéis, quando é necessário exercer autoridade sobre figuras parentais, ou quando a pessoa receptora de cuidados sofre pelo cuidado recebido – ambos os sofrimentos têm especificidades ao campo da geriatria e gerontologia.

As pessoas entrevistadas narraram experimentar sentimentos e emoções contraditórios^{2,5,6,9,24} faces ao cuidado. Cuidar é ressignificado como um ato de amor; uma oportunidade para aproximação e vínculo afetivo; uma circunstância para se compreender como uma pessoa com virtudes por investir cotidianamente para preservar a vida de alguém. Na literatura, cuidar de um familiar que perdeu a autonomia reflete sentimentos como gratidão, reciprocidade, generosidade, justiça, entrega, responsabilidade ética e moral^{4,5}.

Duas cuidadoras profissionais mencionaram assumir a atividade de cuidado “como um familiar”. Soares²⁹ aborda que o cuidado é considerado mais bem feito quando a dedicação for semelhante à de um familiar. Trata-se de uma relação em que o envolvimento e o amor são presentes, inevitáveis, essenciais e positivos, embora desconsiderados e invisibilizados³⁰. Embora no cuidado haja um código moral de renúncia a si mesmo que vincula o sujeito à pessoa cuidada⁶, valores socioculturais atribuídos ao cuidar pela sociedade atual³⁰ esperam a ponderação na manifestação das emoções por quem cuida. Contudo, todo o grupo vivenciou mudança em sua vida pela condição de cuidar e pelo envolvimento afetivo de uma dedicação integral. As entrevistadas declararam esquecer de si, sendo inclusive demonstradas relações simbióticas – de dependência mútua⁶ - e sobrevivências dedicadas ao cuidado.

A empatia com a dor do outro, a tristeza em assistir alguém que perde uma função que antes realizava, bem como a alegria em recuperar a mobilidade, foram descritas pelas cuidadoras. Essa responsabilidade pela vida do outro é parte da ética do cuidado¹² que impõe reflexão e não se limita às prescrições²⁹. Neste trabalho face a face, a expressão emocional dos sujeitos que relacionam²⁹ afeta a dinâmica do cuidado e muito trabalho emocional é realizado^{14,24,29}. As cuidadoras se esforçam para

que a pessoa cuidada as reconheça afetivamente como companheiras. A literatura discute que esse amor compassivo possibilita o bem-estar da pessoa idosa, ocorrendo uma conexão afetiva benéfica aos envolvidos³¹ e à sociedade^{31,32}.

Por outro lado, outras emoções atravessam as falas das pessoas entrevistadas: lidar com os medos de falhar na oferta de cuidado⁵, de não dar conta do cuidado e reconhecer que a convivência ditada pelo cuidado é complicada e cansa. Cuidadoras e cuidadores reconhecem os desafios em lidar com o julgamento próprio e alheio⁵, com a irritabilidade e com os sentimentos de perda e de impotência devido ao agravamento da condição da pessoa cuidada⁸.

Espera-se que o conhecimento sobre o problema de saúde da pessoa cuidada, o maior tempo da relação⁴, o relacionamento positivo²⁸ e o estabelecimento de um vínculo de confiança²⁹ possibilitem mais segurança no desempenho da função e diminuam o trabalho emocional. De modo contrastante, nesta pesquisa, a flutuação ou o agravamento do quadro e a complexificação de demandas desestabilizam essa segurança e requerem mais trabalho emocional. Falta informação diante de novos desafios²; há dúvida se o cuidado prestado está correto, suficiente, dentro do prescrito ou adequado para o bem-estar da pessoa idosa. Além disso, existe incipiência de ações de apoio, orientação e suporte ao cuidado no Brasil⁶⁻⁸. O trabalho evidencia em última análise a falta de letramento para cuidado a uma pessoa idosa em processo de fragilização.

São limitações desta pesquisa ter sido realizada apenas com quem cuida de participantes da linha de base do estudo FIBRA, o que pode ter restrito o alcance, mas fornece *insights* sobre a experiência de cuidar de pessoas idosas em processo de fragilização. A opção de explorar o universo do cuidado onde ele acontece possibilitou escutar a voz de cuidadoras e cuidadores profissionais e familiares, considerando as colisões e especificidades. Isso se configura como um desafio para encontrar literaturas semelhantes, mas também introduz o ineditismo desta pesquisa. A percepção de que todo cuidado é trabalho³³ sustenta essa construção, que visa trazer luz sobre os conhecimentos tácitos imbricados e inseridos culturalmente, com marcas sociopolíticas que os naturaliza e invisibiliza. Considera-se que o cuidado

como emprego é mais uma discussão que carece de regulação no país.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa entre as pessoas que cuidam de pessoas idosas em processo de fragilização, o cuidado é algo intenso – configura-se uma relação que envolve presença e dedicação em múltiplas dimensões - e complexo - em virtude da necessidade de outros suportes para apoiar alguém que vivencia a perda de uma independência anterior.

As pessoas que cuidam revelaram um comprometimento moral (“a pessoa cuidada depende de mim”), mas também ético (de humanidade, dedicação) e emocional (de interesse, afeto e reciprocidade), agregando conhecimento para o campo da geriatria e gerontologia. O cuidado para quem cuida configura-se uma relação de confiança sutil e complexa, envolta por emoções e dificuldades. A ausência de formação para cuidar, a falta de acessibilidade e de recursos materiais são vivenciadas por cuidadoras e cuidadores familiares e profissionais; logo, são necessárias políticas públicas para amenizar essa dificuldade. Nessa mesma perspectiva, para aquelas com vínculo profissional, chama atenção a ausência de cumprimento de direitos trabalhistas; para os cuidadores familiares, a invisibilidade da atividade realizada no âmbito domiciliar como um trabalho. Para todas as pessoas que cuidam, fica evidente a necessidade de apoio para continuarem a cuidar sem negligenciar o autocuidado.

O cuidado à pessoa idosa em processo de fragilização é uma tarefa essencial sustentada nas

criações e enfrentamentos. Isso significa compreender as pessoas idosas em processo de fragilização e quem delas cuida como sujeitos cujas humanidade e subjetividade devem ser reconhecidas e respeitadas. Para tanto, são necessários a presença e o suporte da rede sociofamiliar, bem como o investimento em políticas públicas que ofereçam ações comunitárias e intersetoriais de cuidado, com a participação de todos os envolvidos: a pessoa idosa, a pessoa que cuida, a família, a sociedade e o Estado.

AUTORIA

- Gisllaine A. Souza participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; da redação do artigo; da aprovação da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho garantindo questões relacionadas a integridade de qualquer parte da obra.
- Karla C. Giacomini participou da concepção, delineamento e interpretação dos dados; da redação e revisão crítica do artigo; da aprovação da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho garantindo questões relacionadas a integridade de qualquer parte da obra.
- Josélia O. A. Firmo participou da concepção e delineamento dos dados; da revisão crítica do artigo; da aprovação da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho garantindo questões relacionadas a integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

REFERÊNCIAS

1. Nan J, Duan Y, Wu S, Liao L, Li X, Zhao Y et al. Perspectives of older adults, caregivers, healthcare providers on frailty screening in primary care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Geriatrics*. 2022;22(482).
2. Lacerda MA, Silva LLT, Oliveira F, Coelho KR. O cuidado com o idoso fragilizado e a Estratégia Saúde da Família: perspectivas do cuidador informal familiar. *Rev baiana enferm*. 2021;35:e43127.
3. Cecon RF, Vieira LJES, Brasil CCP, Soares KG, Portes VM, Garcia Júnior CAS et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(1):17-26.
4. Sousa GS, Silva RM, Reinaldo MAS, Soares SM, Gutierrez DMD, Figueiredo MLF. “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(1):27-36.

5. Gutierrez DMD, Sousa GS, Figueiredo AEB, Ribeiro MNS, Diniz CX, Nobre GASS. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(1):47-56.
6. Figueiredo MLF, Gutierrez DMD, Darder JJT, Silva RF, Carvalho ML. Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(1):37-46.
7. Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLO et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciênc. saúde colet.* 2018;23(11):3789-3798.
8. Santos SMA, Rifiotis T. Cuidadores familiares de idosos dementados: um estudo crítico de práticas quotidianas e políticas sociais de judicialização e reprivatização. In: Grossi MP, Schwabe E, organizadores. *Política e cotidiano: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade.* Blumenau: Nova Letras, Associação Brasileira de Antropologia, 2006. p.95-114.
9. Basu R, Steiner AC, Stevens AB. Long-Term Care Market Trend and Patterns of Caregiving in the U.S. *Journal of Aging & Social Policy.* 2022;34(1):20-37.
10. Kleinman A. Varieties of Experiences of Care. *Perspectives in Biology and Medicine.* 2020;63(3):458-465.
11. Debert GG, Pulhez MM, organizadoras. *Desafios do cuidado, gênero, velhice e deficiência.* 2ª ed. Campinas: Unicamp/IFCH, 2019.
12. Tronto J. *Caring democracy: Markets, equality, and justice.* New York: New York University Press, 2013.
13. Nespolo G, Merhy EE. Trabalho em saúde: biomedicalização de quem cuida. *Saúde em Rede.* 2018;4(2):9-18.
14. Wiles J, Moeke-Maxwell T, Williams L, Black S, Trussardi G, Gott M. Caregivers for people at end of life in advanced age: knowing, doing and negotiating care. *Age Ageing.* 2018;47(6):887-895.
15. Molinier P. Ética e trabalho do care. In: Hirata H, Guimarães NA, organizadores. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care.* São Paulo: editora Atlas, 2012, p.29-43.
16. Nunes MO. Da aplicação à implicação na Antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *Análise Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2014;21(2).
17. Geertz C. *A Interpretação das Culturas.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, LTC, Antropologia Social, 1989.
18. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública.* 2013;29(16):1631-1643.
19. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa.* 2017;5(7):1-12.
20. Corin E, Uchôa E, Bibeau G. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie africaine.* 1992;24(2):183-204.
21. Kim Y, Jang S. Mapping the knowledge structure of frailty in journal articles by text network analysis. *PloS one.* 2018;13(4):e0196104.
22. Dury S, Dierckx E, Vorst A, Elst M, Fret B, Duppen D, et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):191.
23. Faronbi JO, Faronbi GO, Ayamolowo SJ, Olagun AA. Caring for the seniors with chronic illness: The lived experience of caregivers of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2019;82:8-14.
24. Araújo AB. Cuidado de idosos e emoções na pandemia. In: Angotti B, Vieira RSC, organizadores. *Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19.* Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p.235-244.
25. Avila MB, Ferreira V. Trabalho doméstico remunerado: contradições estruturantes e emergentes nas relações sociais no Brasil. *Psicol. Soc.* 2020;32.
26. Hirata H. Cuidado: teorias e práticas. In: Angotti B, Vieira RSC, organizadores. *Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19.* Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p.31-40.
27. Debert GG. O velho na propaganda. *Cad. Pagu.* 2003;(21).
28. Bjorge H, Kvall K, Ulstein I. The effect of psychosocial support on caregivers' perceived criticism and emotional over-involvement of persons with dementia: an assessor-blinded randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2019;9(1):744.
29. Soares A. O trabalho de cuidar e as emoções nos tempos da Covid-19. In: Angotti B, Vieira RSC, organizadores. *Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19.* Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p.41-56.
30. Le Breton D. *As Paixões Ordinárias: Antropologia das Emoções.* Tradução: Peretti, L.A.S. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 276p.

31. Kahana E, Bhatta TR, Kahana B, Likhak N. Loving Others: The Impact of Compassionate Love on Later-Life Psychological Well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021;76(2):391-402.
32. Horden J. The Dignity of the Frail: On Compassion, Terror, and Social Death. *Literature and Medicine*, Johns Hopkins University Press. 2020;38(2):349-370.
33. Antunes R. Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2021.



Intergeneracionalidade e promoção da saúde: reflexões e desafios na atenção à pessoa idosa

Intergenerationality and Health Promotion: Reflections and Challenges in the Care of Older Adults

Ana Paula Ribeiro de Castro¹ 
Antonio Germane Alves Pinto² 
José Maria Ximenes Guimarães³ 
Geanne Maria Costa Torres⁴ 
Ana Patrícia Pereira Morais⁵ 

Resumo

Objetivo: Discutir sobre a promoção da saúde da pessoa idosa por meio da intergeracionalidade, com ênfase na educação intergeracional nos Programas Intergeracionais, como uma proposta de educação para o protagonismo da pessoa idosa e o envelhecimento bem-sucedido. **Método:** Ensaio teórico, de cunho reflexivo com abordagem qualitativa. Embasando-se na leitura de documentos que reforçam o aumento da longevidade e a preocupação com a promoção da saúde para a pessoa idosa no Brasil, a fim de refletir sobre a intergeracionalidade na promoção da saúde e a utilização da educação intergeracional para promover o envelhecimento bem-sucedido, por meio dos Programas Intergeracionais. **Resultados:** Organizaram-se em três tópicos: Promoção da saúde da pessoa idosa: desafios para o seu protagonismo; Compreensão sobre envelhecimento para a aprendizagem intergeracional; Programa intergeracional: protagonismo para a promoção da saúde da pessoa idosa. **Conclusão:** Experiências exitosas na saúde, especificamente nos espaços ocupados pela Atenção Primária à Saúde ainda se mostram restritas ou pouco visualizadas para a construção de uma educação transformadora para a promoção da saúde da pessoa idosa. O desafio é fomentar pesquisas científicas, para que os profissionais, a partir da educação permanente, possam potencializar os momentos de educação em saúde a partir da educação intergeracional, sendo assim, a construção e implementação de Programas Intergeracionais podem representar essa possibilidade.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Pessoa Idosa. Relação entre gerações. Promoção da Saúde.

¹ Universidade Estadual do Ceará (UECE), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Doutorado Profissional em Saúde da Família. Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

² Universidade Regional do Cariri (URCA), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva. Crato, CE, Brasil.

³ Universidade Estadual do Ceará (UECE), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Ceará (UECE), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Doutorado Profissional em Saúde da Família. Campos Sales, CE, Brasil.

⁵ Universidade Estadual do Ceará (UECE), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Doutorado em Saúde Pública. Fortaleza, CE, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Ana Paula Ribeiro de Castro
anapaulacastrocrato@gmail.com

Recebido: 11/04/2023
Aprovado: 08/01/2024

Abstract

Objective: To discuss the promotion of health for older adults through intergenerationality, with an emphasis on intergenerational education within Intergenerational Programs, as a proposal for education fostering the protagonism of older adults and successful aging. **Method:** Theoretical essay, reflective in nature with a qualitative approach. Grounded in the examination of documents emphasizing the increase in longevity and the concern for health promotion among older adults in Brazil, the aim is to contemplate intergenerationality in health promotion and the utilization of intergenerational education to foster successful aging through Intergenerational Programs. **Results:** Organized into three topics: Health promotion for older adults: challenges for their protagonism; Understanding aging for intergenerational learning; Intergenerational program: protagonism for the health promotion of older adults. **Conclusion:** Successful experiences in health, specifically within the realms of Primary Health Care, still appear to be limited or insufficiently recognized for the development of transformative education in health promotion for older adults. The challenge lies in fostering scientific research so that professionals, through continuous education, can enhance health education moments through intergenerational education. Thus, the establishment and implementation of Intergenerational Programs may represent this promising possibility.

Keywords: Aging. Older Adults. Intergenerational Relationships. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo sequencial, natural, individual, irreversível, universal, acumulativo, contínuo e não patológico de mudanças orgânicas, com progressiva perda das capacidades funcional e cognitiva, decorrentes da senescência e senilidade humana. A compreensão desse conceito é fundamental para que a população idosa seja ativa e reflexiva do papel na sociedade, possuidora de direitos e deveres, participando da tomada de decisões sobre o processo de saúde/doença, ou seja, de fato ser protagonista e emponderada para a promoção da saúde¹.

Pensar a pessoa idosa para além do biológico é emergente apesar da predominância, ainda enraizada, da prática clínica, não só de profissionais médicos, que pode segregar a pessoa idosa do planejamento de seu cuidado. Aprender a pensar a partir dos ciclos de vida, sem restringir aos processos de adoecimento², é um desafio para os profissionais de saúde, e uma necessidade no contexto da Atenção Primária à Saúde pois reconhecer o espaço de voz e pensamento de pessoas idosas e a potencialidade da oralidade destas, na construção de conhecimentos para promoção da saúde, é necessário.

O envelhecimento bem-sucedido envolve a prevenção de agravos e doenças, por meio da identificação dos fatores de risco; manutenção da

capacidade funcional e cognitiva, com avaliação multidimensional da pessoa idosa; e no envolvimento e participação desses indivíduos nas atividades sociais e comunitárias, para a discussão, elaboração, implementação e efetivação de políticas e programas que envolvam a promoção da saúde².

Portanto, é na perspectiva da Estratégia Saúde da Família (ESF) que os profissionais podem oferecer esse cuidado, embasados nos atributos essenciais da APS, sendo o primeiro contato para as questões de saúde, promovendo ações integradas, longitudinais e coordenadas^{3,4}. Esses atributos podem ascender para o fortalecimento das relações intergeracionais, ampliando as possibilidades de apoio e cuidados que se entrelaçam nas gerações, com suas experiências e trocas afetivas, permeados pelo diálogo, respeito e informação que contribuem para atender as necessidades das pessoas idosas. Para isso, a intergeracionalidade pode ser uma iniciativa para o desenvolvimento de estratégias, programas, ações de saúde integradoras, humanizadas, embasadas e que envolvam o cuidado integral para as populações mais vulneráveis, ainda que ser uma pessoa idosa não signifique ser adoecida, com o avanço da idade cronológica a vulnerabilidade se faz presente associada às demandas sociais, físicas e psicológicas⁵. Faz-se necessário, portanto, suscitar reflexões sobre a intergeracionalidade na valorização

da saúde e do envelhecimento bem-sucedido ao longo de toda a vida, considerando o poder da educação intergeracional, no desenvolvimento de competências e espaços de diálogo e comunicação, por meio do compartilhamento de conhecimentos, habilidades e atitudes que valorizam e transformam as diferentes gerações. Assim, os Programas Intergeracionais (PI) podem ser compreendidos como uma interação intencional planejada entre diferentes grupos de pessoas de idades diferentes que proporcionam compartilhamento de conhecimentos, habilidades e sentimentos⁶. Sendo Implementados, inicialmente, a partir da iniciativa da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), com ênfase na Europa, resultaram-se em espaços de trocas de aprendizagem entre diferentes gerações, tratando-se de estratégias fundamentadas para potencializar as políticas públicas sociais e de saúde para ao desenvolvimento do envelhecimento bem-sucedido^{4,6}.

Frente ao exposto, esse ensaio teórico-reflexivo objetivo discutir sobre a promoção da saúde da pessoa idosa por meio da intergeracionalidade, com ênfase na educação intergeracional nos Programas Intergeracionais, como proposta de educação para o protagonismo da pessoa idosa e o envelhecimento bem-sucedido.

MÉTODO

Trata-se de ensaio teórico, de cunho reflexivo com abordagem qualitativa. Embasam-se nas leituras da Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Estatuto da Pessoa Idosa e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), documentos que reforçam o aumento da longevidade, a necessidade da garantia dos direitos sociais e a promoção de condições para a participação ativa da pessoa idosa na sociedade. Políticas essas que foram fortalecidas com a retomada da democracia, a partir da constituição cidadã de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o compromisso atual de fortalecer a APS para o alcance das suas diretrizes, buscando a atenção integral, universal e equânime da saúde da pessoa idosa.

Em seguida, realizou-se uma busca nas bases de dados nacionais e internacionais, como *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), e pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES. A pesquisa nessas bases foi realizada sem limitação temporal, utilizando descritores relacionados ao tema (Envelhecimento, Pessoa Idosa, Relação entre Gerações, Promoção da Saúde), interligados pelo *booleano* AND, no período de setembro a dezembro de 2021, a fim de embasar a reflexão e discussão sobre a promoção da saúde e envelhecimento bem-sucedido a partir da intergeracionalidade no contexto da APS.

O texto foi organizado em três tópicos: Promoção da saúde da pessoa idosa e os desafios para o seu protagonismo; Compreensão sobre envelhecimento para a aprendizagem intergeracional: estratégia para educação transformadora; Programa intergeracional: protagonismo para a promoção da saúde da pessoa idosa.

Dispensa-se a avaliação por Comitê de ética em Pesquisa, pois, trata-se de um estudo de natureza reflexivo-teórica, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 510/2016⁷.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foram disponibilizados nas referências.

Promoção da saúde da pessoa idosa e os desafios para o seu protagonismo

A definição de promoção da saúde, no qual esse ensaio se ancora, dar-se a partir de Ottawa, sendo entendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (...)”^{8,19,20}. A partir dessa definição teórica, é importante compreender e

refletir sobre o almejado protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, sendo necessário que as mesmas desenvolvam conjuntamente a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos ativos, individuais e/ou coletivos, para o desenvolvimento das ideias promotoras de saúde do mundo⁹.

Algumas reflexões emergem a partir disso, pois, como o Brasil vem avançando para garantir ou mesmo proporcionar o protagonismo da população idosa e das futuras gerações? Será que as políticas que documentam o arcabouço jurídico operacional para instrumentalizar as estratégias de promoção da saúde, enfatizando a APS garantem esse protagonismo? Ou, ao contrário, ainda se sustentam em programas verticalizados, sem efetivação da linha de cuidado à saúde da pessoa idosa, protagonizando o atendimento às condições crônicas e dos problemas relacionados à senilidade?

A história política para a saúde da pessoa idosa se inicia com a (PNI) (1994) alcançada em meio ao cenário da retomada da democracia brasileira, com a constituição cidadã, a fecundação do SUS, com Programa Saúde da Família se fortalecendo e a APS, com todos os seus princípios, sendo protagonista nos territórios. Assim, em meio aos desafios, finalmente, o envelhecimento começa a ser pauta no Brasil. Desta forma, a construção da história teórica jurídica e metodológica que aponta as necessidades e possibilidades de promover o protagonismo da pessoa idosa, consolidada em 2006, com a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI), reafirma o compromisso da gestão na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde^{10,11}.

Ao considerar diretrizes da PNPI (2006), o protagonismo da pessoa idosa pode ser construído ao longo dos ciclos de vida, a partir do entendimento de que devem perpassar não somente na idade cronológica de 60 anos e mais, como rege o Estatuto da Pessoa Idosa, destacando-se o item 3.1 que traz a importância de valorizar e respeitar “a velhice” e a necessidade de estimular a solidariedade para esse grupo etário¹¹.

A promoção da saúde, acompanhada da concepção de que o sujeito deve ser emponderado, motiva a pensar na participação ativa nas decisões sobre a própria saúde e território, contudo, a reflexão

sobre essa concepção é acerca do como estamos permitindo que a pessoa idosa se empondere. O “sujeito emponderado” existe com a participação comunitária e no processo de planejamento e execução das ações de saúde.

Neste contexto, se faz necessário que a pessoa idosa seja esse “sujeito emponderado”, participe na sociedade para a promoção da saúde, fortalecido pela coletividade, que envolve várias gerações. Para isso, é preciso que a voz e o pensamento das pessoas idosas, conscientes do seu lugar na sociedade, ecoem nas ações intersetoriais, no controle social e nos demais espaços de discussão sobre o processo saúde/doença e determinantes sociais relacionados ao envelhecimento populacional.

Evidencia-se, então, a necessidade de incluir a pessoa idosa no processo de discussão da implementação das políticas que favoreçam a promoção da saúde, pois o reconhecimento da potencialidade desse grupo na participação ativa na sociedade e capacidade de transformar a própria realidade constituem premissas para o alcance da construção de políticas efetivas para promover a saúde desses indivíduos¹².

Reforçando a reflexão, a percepção da pessoa de 60 anos e mais, apenas como portadora de doenças crônicas e incapacidades pela senilidade pode sobressaltar as ações curativas e de recuperação da saúde e de promoção e prevenção. O imaginário da pessoa idosa, associado à dependência do cuidado multi e interprofissional, pode resultar em atitudes que ressaltam a medicalização e outras medidas estritamente voltadas ao processo do adoecimento. Protagonizar a voz e o pensamento da pessoa idosa para a promoção da saúde é preciso¹.

Os desafios para o protagonismo da pessoa idosa para consolidar estratégias exitosas de promoção da saúde, ainda estão na lacuna dos processos de cuidado a esses indivíduos pois, mesmo com experiências exitosas a partir da ESF, a visão centrada na doença parece persistir. O cuidado centrado nas consultas ambulatoriais por “livre demanda”, visitas domiciliares restritas ao tratamento das doenças crônicas e consultas para o acompanhamento da Hipertensão e Diabetes, reforçado pelo financiamento da APS brasileira, enraíza as práticas curativas¹².

Necessárias são as ações, as estratégias, os programas que promovam a saúde para o envelhecimento bem-sucedido, mas, sobretudo, que sejam protagonizadas pelas vozes, pensamentos, ideias das pessoas idosas atendidas no território vivo da APS, sejam nos grupos de educação e saúde, nas rodas de conversa, nas salas de espera, nos diferentes espaços da comunidade.

O protagonismo da pessoa idosa será possível quando os profissionais permitirem a ocupação do pensamento e voz dessa população nos espaços para a promoção da saúde. Em sendo assim, urge a necessidade de compreender a pessoa idosa, trabalhando competências e habilidades, colocando-as em práticas e construindo espaços que permitam a sua atuação protagonista e proativa assumindo uma voz para potencializá-la pessoalmente e socialmente.

Compreensão sobre envelhecimento para aprendizagem intergeracional: estratégia para educação transformadora

O envelhecimento está pautado para além do conceito, visto que, nesse ensaio, os autores já expuseram qual o conceito que os embasam. Nessa perspectiva, torna-se necessário refletir sobre o discurso do envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial da Saúde e União Europeia, os quais propõem que a manutenção da atividade física, alimentação saudável, dentre outras atitudes individuais, resultam em maior longevidade e manutenção da saúde¹³.

Contudo, a mudança deve ser coletiva, e não a partir de uma responsabilidade individual. Assim, é oportuna a reflexão sobre a responsabilidade para o alcance do envelhecimento bem-sucedido, pois envolve a prevenção de agravos, diagnóstico precoce de condições crônicas que possam afetar a funcionalidade e cognição, além de se manter ativa na vida social e comunitária. A promoção da saúde para o envelhecimento bem-sucedido envolve as estruturas organizacionais da sociedade, da economia, dos serviços de saúde e dos respectivos níveis de assistência, não se resumindo ao indivíduo que não soube se manter saudável¹³.

A partir dessas considerações, a reflexão sobre a aprendizagem intergeracional necessita de olhar crítico sobre o envelhecimento, longe de impor radicalização no pensamento que há tempos foi alimentado e fortaleceu os estigmas às pessoas idosas e a lacuna nos processos formativos, na área da saúde. Pensamento que coloca a promoção da saúde restrita à qualidade de vida, ao alcance individual e resultado de esforços sem interferência dos determinantes sociais.

É preciso pensar no protagonismo da pessoa idosa a partir das relações intergeracionais, por meio de estratégias que fortaleçam a solidariedade intergeracional, mas, com a voz e o pensamento das pessoas idosas, as quais precisam ser ouvidas e respeitadas para o empoderamento coletivo.

Na APS, especificamente na ESF, as relações intergeracionais podem ser trabalhadas com a educação intergeracional para a promoção da saúde. A exemplo de uma experiência de uma oficina com adolescentes sobre a prevenção da gravidez na perspectiva da educação intergeracional, que resultou em uma roda de conversa com pais, avós e adolescentes, em um município do interior cearense, como atividade do Programa Saúde na escola (PSE). Desmistificando tabus e estimulando a reflexão sobre a importância da intergeracionalidade para a compreensão da gravidez na fase da adolescência, na perspectiva do afeto, diálogo e confiança entre as gerações para a intergeracionalidade e prevenção da saúde¹⁴.

A relevância dessa experiência está no fato de que a temática intergeracionalidade não faz parte do conteúdo do PSE, contudo, as autoras supracitadas consideraram que esta pode ser trabalhada de forma transversal e interdisciplinar. Essa estratégia pode trazer benefícios para a compreensão de temáticas que necessitam de diálogos entre as gerações, entendendo assim a importância das pessoas idosas para as famílias e consolidando a solidariedade intergeracional.

A educação intergeracional aprimora as possibilidades de envelhecimento ativo dos indivíduos e populações, a partir da oferta da oportunidade

de participação na sociedade, de aumento de conhecimentos, habilidades e competências nos quatro pilares estruturantes da educação ao longo da vida, pois ensina a viver juntos, a conhecer, a fazer e a ser¹³.

Essa deve ser entendida como medida que reforça as relações sociais e intergeracionais. Por meio de trocas de conhecimento, informações, pensamentos, ideias, sentimentos, experiências, habilidades, atitudes, dentre outros, a educação intergeracional contribui para transformação do indivíduo e, nessa cooperação e participação das diferentes gerações, pode ocorrer a transformação da sociedade¹³.

A intergeracionalidade é a criação e promoção de oportunidades que alicerem a construção das relações intergeracionais e promove a educação intergeracional, para além dos espaços institucionais de educação, fomentando, assim, a solidariedade, interdependência, reciprocidade, partilha de conhecimentos e a transformação entre indivíduos, contribuindo juntos para construção de um modelo de sociedade mais justo e solidário¹³.

Assim, as relações intergeracionais são indissociáveis às dimensões sociais, econômica, política, cultural, sendo a dimensão educativa a fundamental. A intergeracionalidade não está restrita a atividades pontuais, nem se resume ao contato entre gerações, pois educar e aprender no contexto intergeracional se fundamenta no arcabouço teórico e metodológico de uma educação transformadora, como na Pedagogia Crítica de Paulo Freire, deste modo, a aprendizagem significativa pode ser alcançada para além dos espaços institucionais, como escolas/universidades¹⁵.

É na Pedagogia Crítica proposta por Paulo Freire, que a educação intergeracional pode ancorar-se, contribuindo para a desescolarização da educação e a desinstitucionalização das pessoas idosas e também de crianças e jovens, promovendo a cidadania intergeracional e contribuindo por meio da experiência participativa e convivial, para um novo espaço público da educação. Assim, o ensinar exige respeito à autonomia nos ensinamentos freirianos, ancora a educação entre as gerações, unindo as diferentes pessoas que se somam e aprendem juntas, sendo influenciadas pela cultura, pela história,

ou quaisquer influências do tempo cronológico, permitindo reconstruir conceitos, informações, pensamentos sobre a promoção da saúde individual e coletiva na perspectiva intergeracional¹⁶.

Assim, constitui desafio proporcionar estratégias para educação intergeracional nos espaços de saúde, enfatizando a APS, além de construir diálogo intergeracional que proporcione estratégia para o empoderamento individual e coletivo de pessoas idosas, a partir da participação ativa nos processos de construção e reconstrução do saber.

Programa Intergeracional/protagonismo para a promoção da saúde da pessoa idosa.

A partir das reflexões anteriormente apresentadas, quais as possibilidades de se construir espaços intergeracionais para produção de diálogos, pensamento, ideias, ou mesmo desconstrução de preconceitos e estigmas que favoreçam o protagonismo da pessoa idosa, especificamente na APS.

Inicia-se esse tópico com um questionamento, por se reconhecer a complexidade de construção de espaços dialógicos, principalmente, quando envolvem diferentes gerações e o contexto pandêmico ou pós-pandêmico. Contudo, é um desafio necessário e instigante, complexo, mas factível, para pensar e repensar a promoção da saúde para o envelhecimento bem-sucedido.

Ao se refletir sobre o envelhecimento bem-sucedido, ancora-se em três pontos, o primeiro sendo fundamental a educação em saúde para orientação do estilo de vida e identificação dos fatores de risco como obesidade, tabagismo, sedentarismo, ao longo dos anos vividos. A ausência de doenças não é primazia, assim, o segundo ponto é a manutenção da capacidade funcional e cognitiva, por meio da avaliação multidimensional, por exemplo. E, o terceiro ponto, é a participação ativa e efetiva das pessoas idosas na sociedade, com o fortalecimento das redes de apoio, para atender as suas necessidades para além da doença. Sendo esse último, condição primordial para se pensar na promoção da saúde da pessoa idosa².

Assim, para a elaboração de um Programa Intergeracional (PI), as relações intergeracionais são o alicerce para construção, que podem ser entendidas como interações entre pessoas de diferentes gerações, ou seja, de distintas fases da vida, de contextos históricos, sociais e culturais distintos, que possam trocar experiências e conteúdo, de modo a contribuir para o crescimento e o desenvolvimento mútuo dos envolvidos. As gerações que interagem são beneficiadas a partir do momento em que a percepção sobre a necessidade da interação, troca de singularidades no modo de ser, sentir, pensar e querer de cada um é sentida por meio dos encontros intergeracionais. Encontros concretizados pelas relações intergeracionais que se estabelecem, cujo principal objetivo é o compartilhamento de saberes, estreitamento das relações entre pessoa mais jovens e envelhecidas, além de incluir a pessoa idosa no processo ensino-aprendizagem, quando a educação intergeracional ocorre nos espaços formais de educação¹⁷.

Dessa forma, os PI objetivam construir ligação entre essas gerações, de modo a interagir e resultar em uma “solidariedade intergeracional” que resulta na melhoria da qualidade de vida de jovens e idosos, fazendo com que os que participam dessa troca geracional, vivenciem aspectos positivos nesses novos contatos, e sintam-se mais seguros em relação a si e ao mundo, suportando melhor as adversidades, o estresse e as doenças¹⁸.

Dentre os benefícios dos PI, citam-se as discussões sobre o ageísmo e a superação dos estigmas em relação ao envelhecimento, favorecendo, assim, o resgate da autoestima da população idosa e o fortalecimento dos vínculos geracionais. Partilhar conhecimentos, em forma de narrativas e com afeto entre gerações pode fortalecer a socialização, contribuindo para minimizar a marginalização da pessoa idosa na sociedade, como também levar aos mais jovens, crianças e adolescentes a compreensão do processo de envelhecer com olhar diferenciado, rompendo preconceitos e estigmas que ainda persistem na nossa sociedade¹⁷⁻¹⁹.

A partir de revisão teórica, encontraram-se alguns estudos que refletem a importância de encontros e metodologias que trabalham a intergeracionalidade^{17,20,21}, contudo, o registro de

PI como metodologia de encontro para as discussões e ações de promoção da saúde, de forma contínua, ainda, é escasso na área da saúde¹⁵⁻²².

Enfatiza-se, pois, que, na construção do cuidado, os espaços de diálogo para promoção da saúde possibilitam caminho para a comunidade. O saber acadêmico soma forças e possibilita a desconstrução e reconstrução de saberes, quiçá mudanças de posturas estigmatizadas entre as gerações de forma positiva e transformadora^{22,23}.

O desenvolvimento de um PI na APS, especificamente na ESF, é inovador para experienciar iniciativas que buscam, a partir da metodologia de encontros, a escuta qualificada, o acolhimento, a oralidade, a humanização e a aprendizagem significativa, não somente a prevenção da saúde, mas a educação para a saúde. Por meio de temas transversais, elencados pelo grupo do PI, os participantes são atores para construção e reconstrução de concepções sobre os ciclos de vida e a importância dos diversos saberes para melhoria da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A educação intergeracional, mesmo vislumbrada ainda de forma tímida, está presente nos espaços institucionalizados da educação formal, seja nas escolas e/ou universidades. Contudo, experiências exitosas na saúde, especificamente nos espaços ocupados pela APS, ainda se mostram restritas ou pouco visualizadas para a construção de uma educação transformadora para a promoção da saúde da pessoa idosa.

O desafio é fomentar pesquisas científicas, para que os profissionais, a partir da educação permanente, possam potencializar os momentos de educação em saúde a partir da educação intergeracional, sendo assim, a construção e implementação de Programas Intergeracionais podem representar possibilidade.

AUTORIA

- Ana Paula Ribeiro de Castro: Análise formal, conceituação, curadoria da escrita – Primeira redação, escrita – Revisão de edição.

- Antônio Germane Alves Pinto: Análise formal, conceituação, curadoria da escrita – Primeira redação, escrita – Revisão de edição. Validação e visualização.
- José Maria Ximenes Guimarães: Análise formal, conceituação, curadoria da escrita – Primeira redação, escrita – Revisão de edição. Validação e visualização.
- Geanne Maria Costa Torres: Análise formal, conceituação, curadoria da escrita – Revisão de edição.
- Ana Patrícia Pereira Moraes: Análise formal, conceituação, curadoria da escrita – Primeira redação, escrita – Revisão de edição. Validação e visualização.

Editado por: Yan Nogueira Leite de Freitas

REFERÊNCIAS

1. Castro APR. Promoção da Saúde, empoderamento e envelhecimento: visões dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. In: Dias MAS, Forte FDS, Machado MFAS (org.) Promoção da Saúde: um tecido bricolado. Sobral: Edições UVA; 2015. p. 71-87.
2. Nonato AAMPL. Envelhecimento bem-sucedido: desafios às políticas públicas em Manaus [Internet]. Emancipação. 2018 [Acesso 16 de julho de 2023] 18(2):325-335. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/8946/20920921038>
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health [Internet]. *Milbank Q.* 2005 [Acesso 16 de julho de 2023] 83(3):457-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
4. Pinto LF, Giovanella L. The family health strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 [Acesso 16 de julho de 2023] 23(6):1903-1914. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
5. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons [Internet]. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019 [Acesso 16 de julho de 2023] 22(3):e180212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>
6. Cantinho MSD. Envelhecimento, Intergeracionalidade e Bem-estar: um estudo exploratório com um programa intergeracional [dissertação]. Portugal: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2018 [Acesso 16 de julho de 2023]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2052>
7. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016* [Acesso 16 de julho de 2023]. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>
8. Ministério da Saúde (BR). Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Araújo MFM, Almeida MI, Nóbrega-Therrien, SM. Educação em Saúde: Reflexões para a Promoção da Vigilância à Saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, organizadores. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 633-651.
10. Brasil. Lei Nº 8. 842 de 4 de janeiro de 1994 [Internet]. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Acesso 16 de julho de 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso 16 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/antigos/portaria-ms-no-2-528-de-19-de-outubro-de-2006>
12. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoting health among the elderly: actions in primary health care [Internet]. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018 [Acesso 16 de julho de 2023] 21(2):158-167. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgb/a/tgCYh3yNmnhVvk7j6864xrTH/>

13. Ferreira FI. A educação intergeracional face ao discurso político do envelhecimento ativo [Internet]. *EccoS Rev Cient.* 2021 [Acesso 16 de julho de 2023] 56:e12820. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/eccos/article/view/12820/8811>
14. Castro APR de, Morais APP. Intergeracionalidade e prevenção da gravidez na adolescência: um relato de experiência no programa saúde na escola. in- *Envelhecimento populacional: saúde, doenças, cuidados e serviços / organizadores, Manoel Freire de Oliveira Neto, et al. [...]. - Campina Grande: Realize Editora, 2022.*
15. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 43. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
16. Nóvoa A. O espaço público da educação: Imagens, narrativas e dilemas. In: Nóvoa A, diretor. *Espaços de Educação, Tempos de Formação.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002. p. 237-263.
17. Ferreira ISVBS. Educação Intergeracional como Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo: análise da necessidade de uma comunidade local enquanto via fundamentadora de projetos relevantes e sustentáveis [tese]. Portugal: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra [Internet]; 2017 [Acesso 16 de julho de 2023]. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/43108>
18. Aguiar VFF, Soares TB, Anjos AFS, Paz JVC, Amorim JA, Torres MCS, Sousa JB et al. A intergeracionalidade entre idosos e adolescentes na busca da desconstrução de estereótipos na velhice: relato de experiência [Internet]. *REAS/EJCH.* 2019 [Acesso 16 de julho de 2023] (23):e413. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/413/412>
19. Luna WF, Melo JAB, Vaz CHM. Entre chegadas e partidas: conversas intergeracionais no Projeto de Extensão Saúde do idoso [Internet]. *Saúde em Redes.* 2019 [Acesso 16 de julho de 2023] 5(3):177-191. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2429>
20. Piovezan M, Bessa TA, Borges FSPS, Prestes SM, Chubaci RYS. “Troca de cartas entre gerações”: projeto gerontológico intergeracional realizado em uma ILPI de São Paulo [Internet]. *Rev Kairós-Gerontologia.* 2015 [Acesso 16 de julho de 2023] 18(3):137-153. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i3p137-153>
21. Nishida W, Kupek E, Zanelatto C, Bastos JL. Mobilidade educacional intergeracional, discriminação e hipertensão arterial em adultos do Sul do Brasil [Internet]. *Cad Saúde Pública.* 2020 [Acesso 16 de julho de 2023] 36(5):e00026419. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tXpDjJt7Dz4dBrCzgPZPdBj/>
22. Comodo CN, Prette AD, Prette ZAPD. Intergeracionalidade das Habilidades Sociais entre Pais e Filhos Adolescentes [Internet]. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2017 [Acesso 16 de julho de 2023] 33:e33311. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/yDv6LMPGbfWQnTrQkzY74Sn/abstract/?lang=pt>
23. Krug RR, Ono LM, Figueiró TH, Xavier AJ, d'Orsi E. Programa intergeracional de estimulação cognitiva: Benefícios relatados por idosos e monitores participantes [Internet]. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2019 [Acesso 16 de julho de 2023] 35:e3536. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/bWjHcbtbZDFx9B6fWnKmrWj/?lang=pt>



Equilíbrio, quedas e risco de quedas na DPOC: revisão sistemática dos instrumentos de avaliação, propriedades de medida e utilidade clínica

Balance, falls, and risk of falls in COPD: systematic review of assessment instruments, measurement properties, and clinical utility

Ana Cristina Lamezon¹

Bruna Luna Cavan¹

Silvia Valderramas¹

Resumo

Objetivos: Identificar os instrumentos de avaliação de equilíbrio, quedas e risco de quedas utilizados na DPOC, avaliar suas propriedades de medida, qualidade da evidência e utilidade clínica. **Método:** A revisão foi produzida seguindo as orientações PRISMA e COSMIN, registrada no PROSPERO: CRD42021235118. As pesquisas foram realizadas de novembro de 2021 a setembro de 2022 nas bases de dados *PubMed*, LILACS, CINAHL, *Embase*, *Web of Science* e PEDro. Estudos observacionais transversais e coorte foram incluídos, sem restrição de idioma ou ano de publicação, desde que descreveram instrumentos clínicos de avaliação do equilíbrio, quedas e risco de quedas reportando no mínimo, uma das propriedades de medida: validade, confiabilidade e responsividade. Dois revisores independentemente aplicaram os critérios de elegibilidade, risco de viés pela COSMIN, qualidade da evidência pela abordagem GRADE e a avaliação da utilidade clínica pela Escala de Tyson e Connell. **Resultados:** 9.102 estudos foram selecionados e 21 incluídos na revisão, nove estudos demonstraram propriedades de medida adequadas e suficientes e 12 instrumentos foram identificados, dos quais seis, foram avaliados quanto a qualidade de evidência. **Conclusão:** Revisões sistemáticas de propriedades de medida requerem revisores especializados e habilidade em análise qualitativa. Com grau de recomendação “A”, a *Berg Balance Scale* (BBS) e o teste *Timed Up and Go* (TUG) foram os instrumentos mais indicados na DPOC. Ao acrescentar a avaliação da utilidade clínica ao resultado, o TUG demonstra superioridade ao BBS, demonstrando ser uma ótima ferramenta para triar indivíduos que necessitem de uma avaliação minuciosa do equilíbrio, quedas e risco de quedas.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Equilíbrio. Quedas. Risco de Quedas. Propriedades de Medidas.

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós Graduação de Medicina Interna e Ciências de Saúde. Curitiba, PR, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Silvia Valderramas
svalderramas@uol.com.br

Recebido: 31/07/2023

Aprovado: 22/12/2023

Abstract

Objectives: to identify balance assessment instruments, issues and risks of issues used in COPD, evaluate their measurement properties, quality of evidence and clinical utility. **Method:** A review was produced following the PRISMA and COSMIN guidelines, registered in PROSPERO: CRD42021235118. Searches were carried out from November 2021 to September 2022 in the PubMed, LILACS, CINAHL, Embase, Web of Science and PEDro databases. Cross-sectional and cohort observational studies were included, without restrictions on language or year of publication, as long as they described clinical instruments for assessing balance, falls and risk of falls reporting at least one of the measurement properties: validity, reliability and responsiveness. Two reviewers will independently apply the eligibility criteria, travel risk by COSMIN, quality of evidence by the GRADE approach and assessment of clinical utility by the Tyson and Connell Scale. **Results:** 9,102 studies were selected and 21 included in the review, nine studies demonstrated adequate and sufficient measurement properties and 12 instruments were identified, of which six were evaluated for the quality of evidence. **Conclusion:** Systematic reviews of measurement properties require specialized reviewers and skills in qualitative analysis. With a recommendation GRADE of “A”, the Berg Balance Scale (BBS) and the Timed Up and Go (TUG) test were the most recommended instruments for COPD. By requiring the evaluation of the clinical utility of the result, the TUG demonstrates superiority to the BBS, proving to be a great tool for judging individuals who need a thorough assessment of balance, falls and risk of falls.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Balance. Falls. Risk of falls. Measurement properties.

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e presença de limitação do fluxo aéreo¹⁻⁴. O comprometimento da DPOC não se limita à função respiratória^{4,5}. Pessoas com DPOC têm alteração comprometimento do controle postural quando comparadas a indivíduos saudáveis da mesma faixa etária⁵⁻⁷. Os deficit na função e mobilidade têm sido associados a um maior risco de quedas em idosos⁷ e impactam negativamente na qualidade de vida⁸⁻¹⁰.

Estudos sugerem que a DPOC é uma das doenças crônicas com maior prevalência de quedas^{1,5,6}. Em estudo com amostra de 4.050 mulheres, com idade entre 60 e 79 anos, a prevalência de quedas aumentou com o número de doenças crônicas. O risco atribuível à população de ter sofrido pelo menos uma queda nos últimos 12 meses estimado por modelos ajustáveis foi de 17,4% (10,4% a 23,9%) para artrite, 9,4% (5,4% a 13,3%) para depressão, 8% (3,3% a 12,4%) para DPOC, 6,2% (1,6% a 10,5%) para doenças circulatórias e 6,2% (2% a 10%) para doenças coronarianas¹¹. As quedas estão associadas não apenas à mortalidade e morbidade, mas também

à perda de autonomia^{5,6,8}. Mecanismos fisiológicos, como alteração da força muscular, propriocepção, oscilação corporal e equilíbrio comprometido, podem estar associados a um maior risco de quedas na DPOC e contribuir para piora das condições de saúde⁷⁻¹³. Pesquisas têm destacado a importância de identificar fatores de risco para quedas e favorecer a prevenção^{14,15}. Para que a prevenção seja eficaz, é necessário identificar a população em risco, introduzir medidas de avaliação padronizadas e confiáveis e, em seguida, estabelecer intervenções multidimensionais específicas focadas na redução dos fatores de risco modificáveis identificados^{10,13,14}.

Os instrumentos de avaliação do equilíbrio, quedas e risco de quedas quando aplicados na DPOC permitem aos profissionais identificar e quantificar os possíveis deficit encontrados no equilíbrio, a presença de quedas e o risco de uma queda ocorrer. Tais instrumentos permitem um monitoramento dessas alterações e favorecem uma tomada de decisão clínica adequada e direcionada a uma melhor intervenção. É necessário que os instrumentos sejam válidos, confiáveis e responsivos, caso contrário, há o risco de obter resultados que possam levar a conclusões e condutas equivocadas^{6,16,17}.

Revisões sistemáticas de instrumentos de medida de resultados são ferramentas importantes para selecionar o instrumento mais adequado para o construto de interesse e fornecer uma visão geral da qualidade por meio das propriedades de medida¹⁶⁻²⁰. Portanto, é importante determinar se os instrumentos de avaliação disponíveis capturam todas as dimensões relacionadas ao construto. Uma melhor compreensão das propriedades de medida ajudará o profissional a selecionar os instrumentos mais adequados para utilizar em sua prática clínica.

Uma ampla variedade de instrumentos para medir equilíbrio, quedas e risco de quedas pode ser utilizada na DPOC. Nosso objetivo foi identificar os instrumentos de avaliação de equilíbrio, quedas e risco de quedas utilizados na DPOC, avaliar suas propriedades de medida, qualidade da evidência e utilidade clínica.

MÉTODO

Esta revisão sistemática está em conformidade com a orientação PRISMA e COSMIN para revisões sistemáticas de instrumentos de medida de resultados e o protocolo foi registrado no PROSPERO: CRD42021235118. Foram incluídos nesta revisão estudos observacionais do tipo transversal e coorte de adultos com idade igual ou superior a 50 anos, com diagnóstico de DPOC, de acordo com as diretrizes internacionais^{1,3}, independente de sexo ou nível de incapacidade. Foram elegíveis os estudos que relatassem instrumentos de equilíbrio, quedas e risco de quedas incluindo testes, escalas ou questionários, estudos metodológicos que desenvolveram os instrumentos e/ou avaliaram suas propriedades de medida reportando a avaliação de no mínimo, uma das propriedades de medida: validade, confiabilidade e responsividade. Foram excluídos estudos de caso e relatos de série, protocolos de estudos, ensaios clínicos e estudos não disponíveis em sua totalidade. As classificações foram acordadas por consenso entre a equipe da revisão para reduzir a variabilidade de interpretação.

Foi realizada uma extensa pesquisa literária em bases de dados eletrônicas de novembro de 2021 a setembro de 2022 nas bases de dados *PubMed*, *LILACS*, *CINAHL*, *Embase*, *Web of Science* e *PEDro*. A

pesquisa não restringiu idioma ou ano de publicação. A estratégia de busca foi realizada para cada base de dados, incluindo vocabulário controlado de banco de dados quando disponível (MeSH, Emtree e CINAHL *Subjective Headings*) e termos livres com a combinação das palavras “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, “equilíbrio”, “quedas”, “risco de quedas”. Em seguida as palavras “propriedades de medidas”, “confiabilidade”, “validade” e “reprodutibilidade” foram adicionadas com o propósito de aumentar a sensibilidade da pesquisa e adequar à metodologia COSMIN.

Dois revisores (A.L. e B.L.) aplicaram independentemente os critérios de elegibilidade para a seleção dos estudos, como objetivos do estudo, características da população, medida clínica avaliada, instrumentos de medida, examinadores, operacionalização das medidas e tipo de análise estatística. Outro revisor (S.V.) foi requisitado no caso de discordância ou dúvida. Todos os dados coletados foram alocados no programa de gerenciamento de referências *Mendelay* e a análise das referências foi realizada de forma manual. Após remoção das duplicatas, revisores (A.L. e B.L.) independentemente examinaram os títulos e resumos seguidos pela triagem de texto completo de forma cega usando formulários eletrônicos padronizados. Desacordos foram resolvidos por consenso.

Dois pesquisadores independentemente (A.L. e B.L.) analisaram a qualidade dos estudos incluídos através do *Consensus-based in COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability and measurement error of outcome measurement instrument*¹⁵⁻¹⁹. *The COSMIN Risk of Bias tool* rastreia o risco de viés dos estudos individuais incluídos e descreve os elementos que juntos nos auxiliam na construção de uma questão de pesquisa e fornece uma visão abrangente dos componentes da medida de resultados assim como os requisitos de projeto e métodos estatísticos preferidos sobre a confiabilidade e erro de medida dos instrumentos.

A classificação da evidência dos instrumentos foi realizada usando a abordagem GRADE modificada pelo COSMIN.

Dois pesquisadores independentes (A. L. e B. L.) avaliaram a utilidade clínica dos instrumentos de medida encontrados na revisão sistemática pela

escala de utilidade clínica de Tyson e Connell²⁰ que avalia quatro itens: tempo de aplicação do instrumento, análise e interpretação dos dados, custo, necessidade de equipamento e treinamento específico e portabilidade. O escore final quantifica se um instrumento específico pode ser usado e recomendado para a prática clínica. Para o instrumento ser recomendado ele deve apresentar pontuação superior ou igual a nove.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante

solicitação ao autor correspondente [Ana Cristina Lamezon].

RESULTADOS

A estratégia de pesquisa identificou 9.102 estudos. Os resultados da pesquisa em base de dados e o processo de seleção estão detalhados na Figura 1. Desse total, 21 estudos preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão sistemática e 12 instrumentos de avaliação de equilíbrio, quedas e risco de queda foram encontrados. As características dos participantes nos estudos incluídos estão resumidas na Tabela 1.

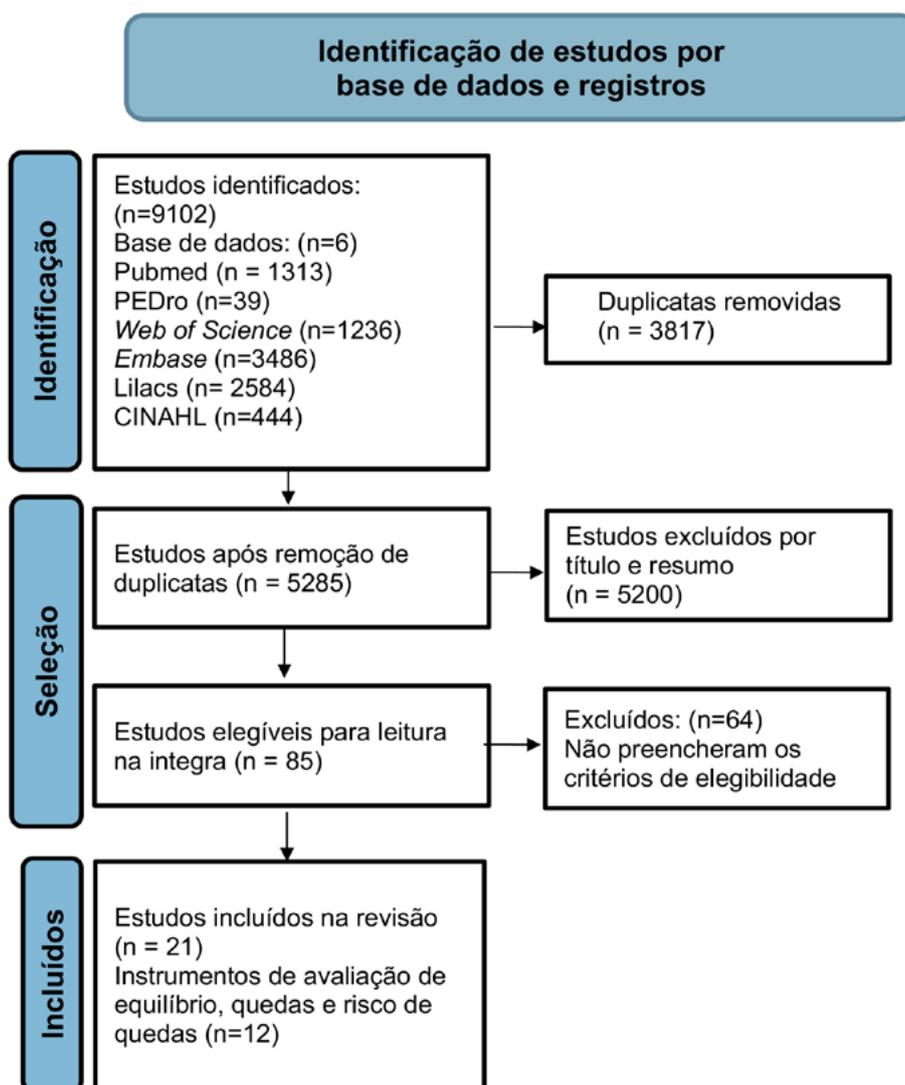


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos segundo o *Preferred Reporting Items for systematic Reviews and Meta-Analyses*. Curitiba, PR, Brasil, 2023.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na Revisão Sistemática. Curitiba, PR, Brasil, 2023.

Estudos	DPOC (n)	M (n)	F (n)	DPOC Est (n)	DPOC Exa (n)	Contr (n)	Idade (anos)	Tabag (a/m)	O ₂ Supl (n)	FEV ₁ (%pred)	Quedas 12m (n)
Mclay et al. ²¹	86	45	41	86	0	0	72,9(±6,8)	46,0(±27,0)	25(±29,1)	47,3(±20,3)	34
Crisan et al. ²²	46	NC	NC	29	17	0	62,5(±5,0)	>10	NC	NC	17
Jacome et al. ²³	46	24	22	46	0	0	75,9(±7,1)	NC	NC	69,4(±19,9)	23
Oliveira et al. ²⁴	40	19	21	40	0	25	71(±8,1)	49,6(±25,8)	18	45,1(±16,2)	13
Ozalevi et al. ²⁵	36	25	11	36	0	20	70,3(±3,0)	42,1(±11,2)	NC	43,5(±6)	10
Voica et al. ²⁶	27	NC	NC	27	0	17	NC	>10	NC	NC	NC
Nantsupawat et al. ²⁷	14	8	6	14	0	0	69,7(±6,0)	NC	3(±21,4)	36,9(±6)	3
Muti et al. ²⁸	50	NC	NC	50	0	0	66,2(±8,2)	NC	NC	51,8(±15,9)	23
Porto et al. ²⁹	132	72	60	132	0	39	67,3(±10)	49,1(±23)	NC	89,2(±23,6)	35
Hellstrom et al. ³⁰	80	29	51	80	0	0	65(±9,0)	NC	NC	47,5(±13)	20
Park et al. ³¹	34	14	20	34	0	22	68,9(±1,3)	NC	20	44,1(±3,1)	21
Mkacher et al. ³²	60	NC	NC	60	0	0	61,2(±3,2)	0	NC	58,6(±8,6)	NC
Beauchamp et al. ⁸	39	18	21	39	0	0	71,1(±6,8)	>10	18	41,5(±17)	18
Al Haddad et al. ³³	132	74	62	132	0	58	68(±8,0)	46,0(±26)	NC	59(±18)	27
Singh et al. ³⁴	41	38	3	41	0	41	NC	NC	0	47,6(±17,9)	NC
Pereira et al. ³⁵	70	46	23	70	0	0	67(±9,3)	56,0(±38,2)	0	42,7(±14,2)	29
Harrison et al. ³⁶	32	17	15	32	0	0	68,5(±9,9)	62,3(±30,4)	NC	38,2(±14,7)	NC
Roig et al. ¹⁴	20	NC	NC	20	0	20	72,3(±6,7)	NC	0	46,7(±13,0)	4
Roig et al. ³⁷	101	56	45	101	0	0	NC	NC	31	43,4(±36,9)	32
Tudorache et al. ³⁸	61	NC	NC	22	19	20	60(±4,0)	>20	0	27,5(±7,0)	NC
De Castro et al. ³⁹	72	27	20	47	0	25	68(±5,0)	NC	NC	45(±15)	NC

n: amostra; M: masculino; F: feminino; DPOC est: DPOC estável; DPOC exa: DPOC exacerbado; Control: grupo controle; Tabag: tabagismo; a/m: anos/maço; O₂ Supl: oxigênio suplementar; VEF₁: Volume expiratório no primeiro segundo; %pred: porcentagem predita; NC: não citado; Quedas 12m: número de quedas nos últimos 12 meses. Fonte: o autor.

Os instrumentos de avaliação do equilíbrio, quedas e risco de quedas encontrados nesta revisão foram categorizados em instrumentos de desempenho (PerFORM): *Berg Balance Scale* (BBS), *Balance Evaluation Systems Test* (BESTest), *MINI-BESTest*, *Brief-BESTest*, *Timed up and Go* (TUG), *Timed up and Go* dupla tarefa (TUGDT), *Single-Leg Stance* (SLS), *Tinetti get up and go test*, *Unipedal Stance Test* (UST); Instrumentos com resultados relatados pelo avaliador, (ClinROM): Plataforma de força ou posturografia; Questionários de auto-relato (PROM): autorelato de quedas e o *Elderly Falls Screening Test* (EFST).

O risco de viés dos estudos incluídos segundo *COSMIN Risk of Bias checklist*⁹⁻¹² está apresentado na Tabela 2. As principais propriedades de medida avaliadas foram confiabilidade, consistência interna e validade de construto. A validade de critério foi demonstrada apenas em um estudo onde o instrumento abreviado *MiniBESTest* foi validado a partir do *BESTest*. Nos 21 estudos incluídos, nove apresentaram propriedades de medida consideradas adequadas e suficientes, cinco adequados e insuficientes, um adequado e indeterminado, quatro estudos foram classificados como duvidosos e insuficientes e um estudo classificado como duvidoso e indeterminado seguindo a metodologia *COSMIN*.

Após consenso entre os autores optamos por analisar apenas os instrumentos de avaliação dos

estudos incluídos que apresentaram propriedades de medida adequadas e suficientes. O domínio confiabilidade foi o mais abordado nesses estudos (cinco estudos) e a qualidade da evidência nesses instrumentos foi determinada através da abordagem *GRADE* modificada e caracterizados pelo grau da evidência em A, B ou C. Os instrumentos classificados como “A” têm evidência suficiente para recomendação de uso na DPOC, “B” não são recomendados e “C” necessitam de mais estudos para recomendação e são apresentados na Tabela 3.

Os instrumentos BBS e TUG apresentaram classificação “A” para qualidade de evidência, e são recomendados para avaliação de equilíbrio e risco de quedas no DPOC. Os instrumentos *BESTest*, *MiniBESTest*, *BriefBESTest* e *UST*, foram classificados como evidência moderada “C” e necessitam de novos estudos para recomendação. Nenhum dos instrumentos incluídos nesta revisão com propriedades de medidas classificados como adequadas e suficientes foram classificados como “B”.

A Escala de *Tyson e Connell*²⁰ foi aplicada aos instrumentos que apresentaram propriedades de medida adequadas e suficientes segundo o risco de viés e qualidade de evidência. Observamos que a maioria dos instrumentos obteve pontuação máxima (9/10 ou 10/10) na avaliação da utilidade clínica, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 2. Risco de viés segundo COSMIN Risk of Bias Checklist. Curitiba, PR, Brasil, 2023.

Estudo	Ano	Validade Conteúdo	Validade Construto	Cons. Interna	Validade Transcul.	Confiab.	Erro Medida	Validade Critério	Teste Hipot.	Respons.	Class. Final
Mclay et al. ²¹	2020	A/+	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	O/+	N/I	A/+
Harrison et al. ³⁶	2019	A/+	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/+	A/-	A/-
Voica et al. ²⁶	2016	A/?	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/-	N/I	A/?
Hellstrom et al. ³⁰	2009	A/?	N/I	N/I	D/?	N/I	N/I	N/I	D/-	N/I	D/-
Nantsupawat et al. ²⁷	2015	A/?	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	D/-	N/I	D/-
Muti et al. ²⁸	2019	A/+	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+
Roig et al. ¹⁵	2012	A/-	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	D/?	N/I	D/?
Porto et al. ²⁹	2017	A/+	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+
Jacome et al. ²³	2016	A/+	N/I	N/I	N/I	A/+	A/-	A/+	A/+	N/I	A/-
Park et al. ³¹	2020	A/+	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+
Mkacher et al. ³²	2017	A/+	N/I	N/I	N/I	A/+	A/-	N/I	A/+	N/I	A/-
de Castro et al. ³⁹	2016	A/+	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+
Al Haddad et al. ³³	2016	A/+	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+
Tudorache et al. ³⁸	2015	A/-	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	A/-
Ozalevli et al. ²⁵	2011	A/-	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/-	N/I	A/-
Singh et al. ³⁴	2019	A/-	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	D/-	N/I	D/-
Pereira et al. ³⁵	2019	A/+	N/I	N/I	A/+	N/I	N/I	A/+	A/+	N/I	A/+
Beauchamp et al. ⁸	2009	A/+	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+
Oliveira et al. ²⁴	2015	A/+	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+
Roig et al. ³⁷	2011	A/+	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	A/+	N/I	A/+

Cons. Interna: consistência interna; Validade Transcul: validade transcultural; Confiab.: confiabilidade; Teste Hipot.: teste de hipóteses; Respons: responsividade; Class. Final: classificação final; Qualidade de desenvolvimento do estudo: "O": ótima ou muito boa; "A": adequada; "D": duvidosa; "I": inadequada; Qualidade dos estudos sobre propriedades de medida: "+": suficiente; "-": insuficiente; "?": indeterminada; "±": inconsistente; "N/I": não investigado. Fonte: o autor.

Tabela 3. Qualidade da evidência segundo GRADE modificada. PR, Brasil, 2023.

Instrumento	ICC	Amostra	Qualidade da evidência	Recomendação
BBS	0,82-0,93	106	Alta	A
BESTest	0,87	46	Baixa	C
MiniBESTest	0,88	46	Baixa	C
TUG	0,91-0,95	237	Alta	A
Brief-BESTTest	0,82	46	Baixa	C
UST	0,91	60	Moderada	C

BBS: *Berg Balance Scale*; BESTest: *Balance Evaluation Systems Test*; TUG: *Timed up and Go*; UST: *Unipedal Stance Test*; Variação-ICC: limites superior e inferior da correlação intraclasse; n: amostra; A: instrumento recomendado; C: instrumentos com possibilidade de recomendação.

Tabela 4. Utilidade clínica dos instrumentos de medida. Curitiba, PR, Brasil, 2023.

Instrumento	Tempo de administração	Custo total	Portabilidade equipamento	Equipamento treinamento	Pontuação final
BBS	2	3	2	2	9
BESTest	1	3	2	2	8
MiniBESTest	2	3	2	2	9
TUG	3	3	2	2	10
Brief-BESTTest	3	3	2	2	10
UST	3	3	2	2	10

BBS: *Berg Balance Scale*; BESTest: *Balance Evaluation Systems Test*; TUG: *Timed up and go*; UST: *Unipedal Stance Test*.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática foi idealizada para determinar os instrumentos de avaliação do equilíbrio, quedas e risco de quedas mais adequados para uso na DPOC e fornecer uma visão abrangente das propriedades de medidas encontradas na literatura e fornecer subsídios para a recomendação na prática clínica com evidências suficientes.

A seleção dos instrumentos incluídos foi baseada na evidência da qualidade do resultado desses instrumentos de medida (ou seja, confiabilidade, validade e capacidade de resposta), bem como em aspectos de viabilidade ou utilidade clínica seguindo os critérios da iniciativa COSMIN e escala de utilidade clínica de Tyson e Connell²⁰. Identificamos os seguintes instrumentos de equilíbrio, quedas e risco de quedas utilizadas na DPOC: (1) BBS - avalia equilíbrio funcional e risco de quedas; (2) BESTest, MiniBESTest e BriefBESTest - equilíbrio estático e dinâmico; (3) TUG e TUGDT - mobilidade funcional

e risco de quedas, (4) SLS, Tinette Test, UST e posturografia, avaliação do equilíbrio estático, (5) EFST e Autorelato de quedas - avaliação de quedas retrospectivas. Dos 12 instrumentos encontrados, apenas seis, apresentaram qualidade de evidência suficiente para algum grau de recomendação na DPOC. A qualidade da evidência foi avaliada apenas nos instrumentos incluídos em estudos com no mínimo adequada qualidade no desenvolvimento do estudo e suficiente avaliação de confiabilidade^{15,16}.

Todo instrumento deve refletir a estrutura interna do construto, ou seja, a estrutura empírica do instrumento deve refletir a estrutura teórica que deve ser coberta pela medida. A avaliação da estrutura interna, que compreende a validade estrutural, a consistência interna, validade cultural, só será relevante se o instrumento for composto por múltiplos itens e baseado num modelo reflexivo, onde assume que todos os itens de uma escala ou subescala são manifestações de um construto subjacente¹⁴⁻¹⁹.

Com relação à validade transcultural, embora muitas versões originais tenham sido traduzidas para outros idiomas ou adaptadas para outras culturas, identificamos apenas três estudos que citaram validações^{23, 31, 35}, ou seja, não avaliaram tal medida e apenas em um estudo houve a avaliação da propriedade e foi classificada como adequada³⁵. Tais estudos são necessários para avaliar se as medidas de uma população de uma determinada cultura são equivalentes às de outra população.

A propriedade de medida mais encontrada, e para a qual os instrumentos mostraram evidências suficientes, foi o teste de hipótese para validade de construto onde apenas quatro estudos apresentaram classificação duvidosa. Autores costumam usar o termo validade de critério para estudos em que um instrumento é comparado a outro que medem um construto semelhante. Na maioria dos casos, isso seria considerado evidência para validade de construto, ao invés de validade de critério seguindo as considerações da metodologia COSMIN. Suas definições e análises devem ser demonstradas no teste de hipóteses para validade de construto¹⁵⁻¹⁹.

A validade de critério é o grau em que as pontuações de um instrumento são um reflexo de um “padrão-ouro”¹⁵⁻¹⁸. Com base nas diretrizes do COSMIN, concordamos que não há padrão-ouro para os instrumentos identificados^{15, 17, 18}, a menos que o instrumento tenha uma forma longa e outra resumida. Neste caso a versão completa de uma medida é o “padrão ouro” da forma curta¹¹. Em nosso estudo a validade de critério foi apenas pontuada nos instrumentos MiniBEST e BriefBESTest que são versões resumidas do BESTest^{23, 32}.

O domínio confiabilidade através do teste-reteste foi avaliado em sete estudos com medidas adequadas e suficientes^{22, 27, 28, 31, 32}. O erro de medida foi relatado em apenas dois estudos e com dados insuficientes para uma adequada classificação^{22, 31}.

Identificamos que o BBS e o TUG foram os instrumentos mais adequados para a DPOC, com grau de recomendação “A”, mas no critério utilidade clínica²⁰ o TUG se sobressaiu devido ao tempo de aplicação ser menor em relação ao BBS, o que demonstra ser útil para triar pacientes que

irão necessitar de uma avaliação de equilíbrio mais aprofundada^{14, 19}. Com grau de recomendação B, os instrumentos BESTest, MiniBESTest, BriefBESTest e UST podem ser provisoriamente recomendados até que novos estudos sejam desenvolvidos, principalmente por que nos estudos encontrados com evidências adequadas e suficientes o número de participantes foi abaixo de 100 o que seguindo a avaliação GRADE modificada¹⁵ já é o suficiente para um rebaixamento da evidência.

Pesquisas amplas, abrangentes e sensíveis em base de dados e uso de metodologia rigorosa são quesitos a serem destacados nesta revisão. Os estudos foram revisados independentemente, conforme recomendação das melhores evidências da COSMIN, em concordância com a metodologia *Cochrane*. As classificações foram acordadas por consenso entre a equipe da revisão para reduzir a variabilidade de interpretação.

Como critério de elegibilidade, nosso estudo buscava indivíduos com diagnóstico de DPOC com idade igual ou superior a 50 anos. A maioria dos estudos incluídos cumpriu esse critério totalmente, mas no estudo de Singh et al³⁴ parte da amostra recrutada teve idade superior a 40 anos. É possível que numa população mais jovem com DPOC as recomendações deste estudo não possam ser extrapoladas.

Como atualmente não existem padrões e critérios para validade de conteúdo, a validade de face, que é um julgamento bastante subjetivo sobre se o conteúdo do instrumento realmente parece ser um reflexo adequado do construto a ser medida a avaliação deste critério pelos revisores pode sofrer viés de interpretação.

Como nenhum instrumento foi desenvolvido para a DPOC especificamente, a validade de conteúdo foi presumida e classificada como adequada, já que durante o processo de validação para outras doenças o instrumento foi analisado e apresenta itens relevantes, abrangentes e compreensíveis no que diz respeito ao construto de interesse. Seria interessante que em estudos futuros de validação de instrumentos de medida para a DPOC a validade de conteúdo seja realizada para essa população em específico.

CONCLUSÃO

Revisões sistemáticas de propriedades de medida são complexas e envolvem revisores com conhecimento do construto de interesse, experiência na população alvo e conhecimento em propriedades de medida e análise qualitativa. Pesquisadores e profissionais que estão decidindo sobre o instrumento de medida de equilíbrio, quedas e risco de quedas mais adequado para uso na DPOC podem, muitas vezes encontrar vários modelos de instrumentos e as recomendações observadas nesta revisão sistemática pode auxiliar na decisão clínica mais adequada sobre o uso desses instrumentos.

BBS e TUG foram os instrumentos com maior grau de recomendação para aplicação na DPOC, mas no critério utilidade clínica o TUG se sobressaiu devido ao tempo de aplicação ser de menor duração.

Esta revisão identifica lacunas de presença de evidências de qualidade nos instrumentos de medida disponíveis e, portanto, fornece uma estrutura útil tanto para novas avaliações desses instrumentos quanto para o desenvolvimento de novos instrumentos específicos para avaliar equilíbrio, quedas e risco de quedas na DPOC. Os resultados desta revisão também ajudarão pesquisadores e profissionais de

saúde a tomar decisões baseadas em evidências sobre o uso desses instrumentos de medida.

AUTORIA

- Ana Cristina Lamezon - Concepção, delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.
- Bruna Cavon Luna - Análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.
- Sílvia Valderramas - Concepção, delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2022 Report; 2022 [acesso em 6 de novembro de 2022]. Disponível em : https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf
2. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *European Respiratory Journal* [Internet]. 2023 [acesso em 1 de março de 2023]; 1;61(4):2300239. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/61/4/2300239>
3. Celli B, Fabbri L, Criner G, Martinez FJ, Mannino D, Vogelmeier C, et al. Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for Its Revision. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [Internet]. 2022. [acesso em 10 de fevereiro de 2023]; 1;206(11):1317–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.202204-0671PP>
4. Kovelis D, Gomes ARS, Mazzarin C, Biazim SK, Pitta F, Valderramas S. Effectiveness and Safety of Supervised Home-Based Physical Training in Patients With COPD on Long-term Home Oxygen Therapy: A Randomized Trial. *Chest*. [Internet]. 2020; 158(3): 965-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.02.063>

5. Mazzarin CM, Silveira BR, Lamezon AC, Cavon Luna B, Valderramas S. Effectiveness and Safety of Multicomponent Physical Training in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Protocol for a Randomized Clinical Trial. *Health Services Insights* [Internet]. 2023; 16. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/11786329231169255>
6. Scremim CF, Simões B, de Barros JA, Valderramas S. Construct validity and reliability of the Brazilian version of the Falls Efficacy Scale in patients with COPD. *Pulmonology*[Internet]. 2020;26(5):268-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.01.008>
7. Butcher SJ, Meshke JM, Sheppard MS. Reductions in Functional Balance, Coordination, and Mobility Measures Among Patients With Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*[Internet]. 2004;24(4):274–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00008483-200407000-00013>
8. Beauchamp MK. Balance assessment in people with COPD: An evidence-based guide. *Chronic Respiratory Disease* [Internet]. 2019;16. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1479973118820311>
9. Beauchamp MK, Hill K, Goldstein RS, Janaudis-Ferreira T, Brooks D. Impairments in balance discriminate fallers from non-fallers in COPD. *Respiratory medicine* [Internet]. 2009;103(12):1885-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2009.06.008>
10. Lu H, Dong XX, Li DL, Wu Q, Nie XY, Xu Y, et al. Prevalent falls, fall frequencies and health-related quality of life among community-dwelling older Chinese adults. *Quality of Life Research*[Internet]. 2023;32(11):3279–89. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03474-2>
11. Lawlor DA, Patel R, Ebrahim S. Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study. *BMJ*[Internet]. 2003;327(7417):712-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7417.712>
12. Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Tarazona-Santabalbina FJ. Risk Factors and Number of Falls as Determinants of Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*[Internet]. 2019;42(2):63-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1519/jpt.0000000000000150>
13. Almeida CNS, Costa RA da, Manso KP, Ferreira JF, Callegari B, Oliveira CC, et al. Static balance in older adults with chronic obstructive pulmonary disease undergoing pulmonary rehabilitation. *Geriatrics, Gerontology and Aging*[Internet]. 2020;14(2):98–107. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/z2447-212320201900091>
14. Roig M, Eng JJ, Road JD, Reid WD. Falls in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a call for further research. *Respiratory medicine* [Internet]. 2009;103(9):1257–69. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2009.03.022>
15. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, et al. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures Quality of Life Research [Internet]. 2017;27(5):1171–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4>
16. Mokkink LB, Boers M, van der Vleuten CPM, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, et al. COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: a Delphi study. *BMC Medical Research Methodology*[Internet]. 2020;Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01179-5>
17. Gagnier JJ, Lai J, Mokkink LB, Terwee CB. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*. 2021;30(8):2197–218. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>
18. Mokkink LB, Eekhout I, Boers M, van, de C. Studies on Reliability and Measurement Error of Measurements in Medicine – From Design to Statistics Explained for Medical Researchers[Internet]. 2023; 14: 193–212. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/prom.s398886>
19. Winsor SJ, Kannan P, Bello UM, Whitney SL. Measures of balance and falls risk prediction in people with Parkinson's disease: a systematic review of psychometric properties. *Clinical Rehabilitation*[Internet]. 2019;33(12):1949–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269215519877498>
20. Tyson S, Connell L. The psychometric properties and clinical utility of measures of walking and mobility in neurological conditions: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*[Internet]. 2009;23(11):1018–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269215509339004>
21. McLay R, Kirkwood RN, Kuspinar A, Richardson J, Wald J, Raghavan N, et al. Validity of balance and mobility screening tests for assessing fall risk in COPD. *Chronic Respiratory Disease*[Internet]. 2020;17. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1479973120922538>
22. Crişan AF, Oancea C, Timar B, Fira-Mladinescu O, Tudorache V. Balance impairment in patients with COPD. *PloS one* [Internet]. 2015;10(3): e0120573. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120573>

23. Jácome C, Cruz J, Oliveira A, Marques A. Validity, Reliability, and Ability to Identify Fall Status of the Berg Balance Scale, BESTest, Mini-BESTest, and Brief-BESTest in Patients With COPD. *Physical therapy* [Internet]. 2016;96(11):1807–15. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150391>
24. Oliveira CC, McGinley J, Lee AL, Irving LB, Denehy L. Fear of falling in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*[Internet]. 2015;109(4):483-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.02.003>
25. Ozalevli S, Ilgin D, Narin S, Akkoçlu A. Association between disease-related factors and balance and falls among the elderly with COPD: a cross-sectional study. *Aging Clinical and Experimental Research*[Internet]. 2011;23(5-6):372–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/bf03325235>
26. Voica A, Oancea C, Tudorache E, Crisan A, Fira-Mladinescu O, Tudorache V, et al. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes and balance impairment. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Internet]. 2016; 11(1):919-925. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/COPD.S101128>
27. Nantsupawat N, Lane P, Siangprapunt O, Gadwala S, Nugent K. Gait Characteristics in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Primary Care & Community Health*[Internet]. 2015;6(4):222–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2150131915577207>
28. Reynaud V, Muti D, Pereira B, Greil A, Caillaud D, Richard R, et al. A TUG Value Longer Than 11 s Predicts Fall Risk at 6-Month in Individuals with COPD. *Journal of Clinical Medicine*[Internet]. 2019;8(10):1752. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm8101752>
29. Porto EF, Pradella CO, Rocco CM, Chueiro M, Jr., Maia RQ, Ganança FF, et al. Comparative Postural Control in COPD Patients and Healthy Individuals During Dynamic and Static Activities. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* [Internet]. 2017;37(2):139–45. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000246>
30. Hellström K, Vahlberg B, Urell C, Emtner M. Fear of falling, fall-related self-efficacy, anxiety and depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Rehabilitation*[Internet]. 2009;23(12):1136–44. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269215509342329>
31. Park JK, Deutz NEP, Cruthirds CL, Kirschner SK, Park H, Madigan ML, et al. Risk Factors for Postural and Functional Balance Impairment in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Clinical Medicine*[Internet]. 2020;9(2):609. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9020609>
32. Mkacher W, Tabka Z, Trabelsi Y. Minimal Detectable Change for Balance Measurements in Patients With COPD. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention* [Internet]. 2017;37(3):223–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000240>
33. Al Haddad MA, John M, Hussain S, Bolton CE. Role of the Timed Up and Go Test in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*[Internet]. 2016;36(1):49–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/hcr.0000000000000143>
34. Singh SS, Bhat A, Mohapatra AK, Manu MK, Vaishali K. Comparison of reaction time and functional balance in chronic obstructive pulmonary disease and healthy participants. *Heart & Lung*[Internet]. 2019; Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.09.006>
35. Pereira A, Xavier RF, Lopes AC, da Silva C, Oliveira CC, Fernandes FLA, et al. The Mini-Balance Evaluation System Test Can Predict Falls in Clinically Stable Outpatients With COPD: A 12-MO PROSPECTIVE COHORT STUDY. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* [Internet]. 2019;39(6):391–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000427>
36. Harrison SL, Beauchamp MK, Sibley K, Araujo T, Romano J, Goldstein RS, et al. Minimizing the evidence-practice gap - a prospective cohort study incorporating balance training into pulmonary rehabilitation for individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine*[Internet]. 2015;15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12890-015-0067-2>
37. Roig M, Eng JJ, MacIntyre DL, Road JD, FitzGerald JM, Burns J, et al. Falls in people with chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study. *Respiratory medicine* [Internet]. 2011;105(3):461–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2010.08.015>
38. Tudorache E, Oancea C, Avram C, Fira-Mladinescu O, Petrescu L, Timar B. Balance impairment and systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Internet]. 2015; 10(1):1847-1852. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/copd.s89814>
39. de Castro LA, Ribeiro LR, Mesquita R, de Carvalho DR, Felcar JM, Merli MF, et al. Static and Functional Balance in Individuals With COPD: Comparison With Healthy Controls and Differences According to Sex and Disease Severity. *Respiratory care* [Internet]. 2016;61(11):1488–96. Disponível em: <https://doi.org/10.4187/respcare.04749>



RPG Imersiva saúde do idoso: uma nova possibilidade de construção de aprendizagem em saúde?

Immersive RPG Elderly Health: A New Possibility for Constructing Health Learning?

Aline Rodrigues Reser¹ 
Paula Suseli Silva de Bearzi¹ 
Julio Cesar de Matos² 
Renato José De Marchi³ 
Aline Blaya Martins^{1,3} 

Resumo

Objetivo: Avaliar a aplicabilidade e a efetividade de um jogo com elementos de *Roleplaying Game* (RPG) enquanto ferramenta didático pedagógica para o ensino em saúde. **Método:** A população deste estudo foi de discentes de cursos de graduação e pós-graduação, da área da saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O estudo foi realizado entre os meses de abril a junho de 2018, em duas etapas. Primeiramente foi realizado o RPG com as turmas envolvidas, e após uma semana, entrevistas de GF para a obtenção de informações, contando com voluntários dessas turmas que aceitaram participar da pesquisa. A análise das informações foi baseada em aspectos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). **Resultados:** Da análise emergiram as categorias: 1) Criação do jogo, 2) Impacto da experiência no ensino aprendizagem, 3) Reflexão acerca do jogo. Os resultados demonstram que o uso do jogo com elementos de RPG tem um enorme potencial a ser explorado no processo de ensino-aprendizagem na área da saúde. Trata-se de um método inovador e ainda pouco utilizado na área da saúde. É importante seguir algumas premissas para que a ferramenta seja utilizada de forma potente. **Conclusão:** Nessa direção entende-se que o jogo auxilia na formação em saúde, enriquecendo conhecimentos e habilidades através de uma experiência desafiadora e conectada com a realidade.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Educação em Saúde. Universidades. Jogos experimentais. Aprendizagem.

Abstract

Objective: To assess the applicability and effectiveness of a game incorporating Roleplaying Game (RPG) elements as a pedagogical tool for health education. **Method:** The study population comprised undergraduate and postgraduate students in the health field at

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestrado no Programa de Saúde Coletiva da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Preventiva e Social da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Aline Rodrigues Reser
japareser@gmail.com

Recebido: 14/09/2023
Aprovado: 08/01/2024

the Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil. This qualitative research was conducted between April and June 2018 in two stages. Initially, the RPG was implemented with the involved classes, followed by Focus Group interviews conducted a week later to gather information, with volunteers from these classes who willingly participated in the research. Information analysis was grounded in aspects of Grounded Theory (GT). *Results:* The analysis yielded the following categories: 1) Game creation, 2) Impact of the experience on teaching and learning, 3) Reflection on the game. The results demonstrate that the use of RPG-influenced games holds significant untapped potential in the health education process. This innovative method remains underutilized within the health domain, necessitating adherence to specific premises for its potent application. *Conclusion:* In this context, it is understood that the game contributes to health education, enhancing knowledge and skills through a challenging and reality-connected experience.

Keywords: Older Adults' Health. Health Education. Universities. Experimental Games. Learning.

INTRODUÇÃO

Pensar a universidade em uma perspectiva complexa exige o rompimento da hegemonia da formação tradicional, marcado pela especialização, e a fragmentação entre teoria e prática¹. Apesar de avanços recentes no ensino, um dos principais desafios nessa área se refere à construção da aprendizagem efetiva e interprofissional que proporcione reflexão e mudança de atitudes. Esses fatores são determinantes para a formação de profissionais de saúde, sendo assim um grande desafio para a implantação e fortalecimento da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)².

Algumas instituições de ensino superior investiram na mudança da formação profissional, implementando as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde de 2001 (DCNs) – tendo a integralidade como eixo orientador para a formação³. As DCNs para os cursos da saúde representaram um importante avanço alcançado a partir da construção coletiva surgida no movimento da Reforma Sanitária⁴.

A resolução n.569/2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reafirma a prerrogativa constitucional de ordenar a formação de trabalhadores da área da saúde. Destaca-se o inciso VII que trata da utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa e a utilização de metodologias que privilegiam a participação e autonomia dos estudantes, integração entre os conteúdos curriculares e propostas educacionais pautadas em práticas interdisciplinares⁵.

No contexto brasileiro, uma temática/conteúdo pertinente aos cursos de graduação da área da saúde e constantemente negligenciada é a do envelhecimento populacional, uma vez que este ocorre de forma rápida, trazendo questões cruciais para gestores, pesquisadores e trabalhadores da área da saúde⁶.

Tendo em vista a importância das informações abordadas no Plano Nacional de Educação do ano 2000 e da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de 2017, é preciso construir e aplicar abordagens de ensino em consonância com as necessidades e realidades contemporâneas, e avaliar a sua efetividade enquanto ferramentas de ensino-aprendizagem.

Deste modo, uma dessas tecnologias pouco exploradas é o uso de jogo com elementos de Roleplaying Game (RPG) enquanto ferramenta para o ensino em saúde, sendo ainda mais desafiador o seu uso dirigido a aprendizagens relacionadas com o desenvolvimento de empatia em relação às pessoas idosas e seus problemas de saúde. Imersiva é um jogo de interpretação de papéis e sua principal característica é a interatividade e o trabalho em grupo. Esse jogo foi criado utilizando algumas características de um RPG narrativo denominado Fiasco⁷.

Imersiva visa contar histórias sobre casos do cotidiano, que simulam temas complexos e decisões difíceis que envolvem a saúde da população idosa. Seu objetivo é gerar um debate a partir de um ponto de vista empático dos participantes. Nesse jogo, os participantes assumem a personalidade de um personagem construído dentro do jogo, com suas relações e interesses. O jogo acontece a partir de cenas e diálogos gerenciados por construções aleatoriamente

definidas através do uso de metodologia previamente acordada, contando com o uso de cartões e dados que garantem a aleatoriedade. Este estudo objetivou propor e avaliar um jogo com elementos de Roleplaying Game (RPG) enquanto ferramenta didático pedagógica para o ensino em saúde.

MÉTODO

Este é um estudo com base em uma pesquisa qualitativa com a metodologia de Grupos Focais (GF)⁸. É um estudo com intervenção, onde foi primeiramente realizado o RPG com as turmas envolvidas, e após uma semana, entrevistas de GF para a obtenção de informações, contando com voluntários dessas turmas que aceitaram participar da pesquisa. O estudo foi realizado entre os meses de abril a junho de 2018, em duas etapas.

Os participantes deste estudo foram alunos discentes dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde da UFRGS que possuem conteúdos/disciplinas afins à atenção à saúde da pessoa idosa/saúde da família em seus currículos. Foi realizado contato prévio com docentes dos cursos de Odontologia, Saúde Coletiva e Fonoaudiologia e foi explicado o objetivo do estudo.

Na primeira etapa foi realizada aplicação da atividade desenvolvida através do jogo *Imersiva Saúde do idoso* como atividade pedagógica das disciplinas. Trata-se de um jogo cooperativo onde não há vencedores nem perdedores. Cada participante interpreta um personagem numa aventura imaginária, em um ambiente físico real. Os participantes irão assumir a personalidade de um personagem que será construído dentro do jogo com suas relações e interesses. O jogo possui três tipos de personagens: o profissional de saúde, o usuário e a pessoa idosa. Prevê ainda a participação de no mínimo quatro participantes mais um facilitador.

Há um sistema de regras e a criação dos personagens e da história acontece de forma aleatória criada a partir da utilização de dados de seis faces (Figura 1). As faces são os seis lados físicos de um dado onde estão gravados suas possibilidades de resultado (comumente se chama dado de seis lados ou dado de seis faces). As faces representam as diferentes possibilidades de resultado, entre um e seis. As histórias de cada personagem são construídas quando o jogador rola seus quatro dados simultaneamente. As faces dos dados representam as diferentes possibilidades de construir resultados.

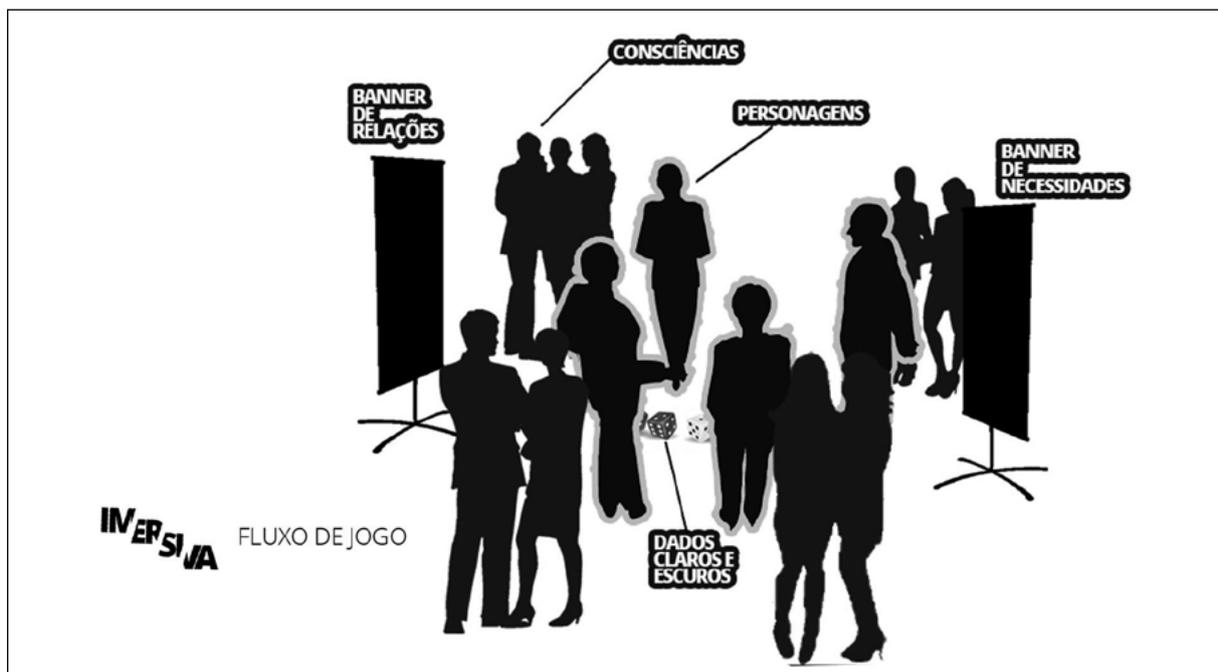


Figura 1. Fluxograma explicativo do jogo Imersiva Saúde do Idoso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2023. Fonte: Autores (2023)

Quadro 1. Fluxograma explicativo do jogo Imersiva Saúde do Idoso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2023.

1 - Facilitador(a) introduz a dinâmica e fala sobre a "Regra do Sim"
2 - Distribui aleatoriamente as Cartas de Personagem de 3 a 5 pessoas.
3 - Divide o restante dos alunos em grupos para cada personagem. Cada grupo é dividido em 2 e cada "lado" recebe uma Carta de Consciência diferente
4 - Cada personagem pega 4 dados (2 claros e 2 escuros) e rola no centro da roda para gerar vários resultados aleatórios
5 - O primeiro personagem a jogar escolhe um dado (resultado, a cor não importa) e escolhe um tópico de Relação no Banner de Relações Escolhe outro personagem para ser sua relação O personagem escolhido pega um novo dado e detalha a relação na lista de possibilidades do tópico escolhido conforme o dado selecionado O Facilitador(a) estimula a criação da história da relação entre as personagens fazendo perguntas Repita até que todos os personagens tenham duas relações com outros personagens
6 - O primeiro personagem a jogar escolhe um novo dado (resultado, a cor não importa) e escolhe um tópico de Relação no Banner de Necessidades . Escolhe mais um dado para detalhar sua necessidade na lista. O Facilitador(a) estimula com perguntas a criar a história de sua necessidade e como vai consegui-la no jogo Repita até que todos os personagens tenham definido com detalhes sua necessidade
7 - O primeiro personagem escolhe outro personagem para criar a primeira cena e sorteia uma Carta de Local onde acontecerá a cena. Ele ou Ela inicia o diálogo tentando alcançar sua necessidade através das relações que tem com o outro personagem. As consciências de cada personagem envolvido na conversa podem e devem dar ideias e ajudar no diálogo
8 - Quando o Facilitador(a) achar que o diálogo está bem desenvolvido pede às outras consciências que não as do personagem que iniciou a cena escolhendo outro para jogarem um dado claro ou escuro no chão. Se houver mais dados claros o Personagem conseguiu sua necessidade, se mais escuros não.
9 - Cada personagem vai "puxar" uma cena por vez. Ao final desta rodada todos fazem uma pausa e o Facilitador (a) tira uma Carta de Virada .
10 - Em conjunto, personagens e consciências definem como termina a história de suas personagens considerando a virada.
11 - Quando chegam a um consenso o Facilitador(a) encerra a dinâmica e pode iniciar a reflexão sobre as cenas e diálogos ocorridos

Fonte: Autores (2023)

É necessária a presença do facilitador que estimulará os participantes e auxiliará na resolução de impasses ou conflitos (Quadro 1). Na segunda etapa os discentes foram convidados a participar do grupo focal que foi realizado uma semana após a aplicação do jogo. Os grupos focais tiveram duração entre 45 e 60 min, as discussões foram gravados em áudio e armazenados em mídia digital. Para desencadear a discussão no GF foi elaborado um roteiro semiestruturado. A entrevista de GF foi realizada pela pesquisadora, em ambiente tranquilo e contando com tempo suficiente para que ocorresse um preâmbulo, onde os participantes puderam expressar suas dúvidas quanto à entrevista, sua forma e conteúdo, antes de seu início. A dinâmica da entrevista foi previamente acordada entre a pesquisadora e o GF. Além disso foi assegurado a todos os participantes que poderiam

se retirar da entrevista a qualquer momento, sem constrangimentos. Foi assegurado sigilo das informações, bem como, confidencialidade, através da garantia de que todas as possíveis publicações com base nesse material não envolveriam identificações de seus participantes.

As entrevistas de GF foram transcritas na íntegra, pela pesquisadora principal (ARR). Além das informações provenientes das transcrições, foram utilizados diários de pesquisa e memorandos, os quais foram elaborados pela pesquisadora principal a partir de suas vivências na realização das intervenções (RPG), e dos GF. Para auxiliar no processo de organização e análise das informações, elas foram transcritas com software Microsoft Office Word® e inseridas no *software NVIVO®*.

A análise das informações foi baseada em aspectos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foram utilizados a comparação constante; o desenvolvimento de códigos para a organização de categorias; a definição de categorias temáticas e suas relações; e o desenvolvimento de uma teoria com base nas evidências produzidas no estudo⁹.

Para este estudo, foi definida a saturação, como o ponto em que encerraram as entrevistas de GF. Ficou evidente, a partir da análise do quarto GF, que as respostas à entrevista estavam tornando-se repetitivas, e que tanto os códigos, quanto as categorias, encontravam-se satisfatoriamente explicadas a partir das informações obtidas e analisadas.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

O conjunto de dados não está publicamente disponível devido à informação que compromete a privacidade dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes dessa pesquisa foram 58 discentes dos cursos de graduação (odontologia noturno, fonoaudiologia, saúde coletiva) e pós graduação da UFRGS (residência em saúde bucal) que abordam a atenção à saúde da população idosa em seus currículos. Os grupos focais contaram com a participação de 38 discentes (65% participantes). Os acadêmicos que não participaram informaram não ter tempo, ou interesse em participar da entrevista. Foram realizados uma semana após a aplicação do jogo, pois entendemos que ao longo desse prazo os alunos poderiam refletir e avaliar a atividade.

A partir da análise das informações e codificações surgiram três categorias analíticas que fundamentam a teoria denominada: “Utilizando o jogo como ferramenta”.

As atividades lúdicas ainda são pouco exploradas no ensino em saúde, e a criação e aplicação do jogo permitiu perceber como uma ferramenta diferente pode estimular a reflexão e participação do aluno em sala de aula. Serão apresentados aqui os resultados, seguidos de trechos das falas dos participantes, a

fim de ilustrar as evidências que o estudo oferece. As teorias que permitiram a análise de cada uma das categorias serão discutidas dentro do contexto dos parágrafos seguintes.

Começando a jogar

A categoria *Começando a jogar*, apresenta o desenvolvimento da atividade/prática pedagógica do uso do *Imersiva saúde do idoso*. A subcategoria **Identificando as peculiaridades do jogo** se expressa a partir dos diálogos, em que os discentes manifestam seu desconhecimento sobre o RPG. Tal observação é percebida nos comentários como:

“Eu já ouvi falar, eu já vi, eu ouvi falar, eu nunca joguei...” (GF_3).

Na década de 1980, circularam os primeiros RPGs no Brasil, trazidos por jovens estudantes que realizavam intercâmbio. Embora existam eventos específicos que reúnem milhares de adeptos e que evidenciam as experiências práticas de suas funcionalidades^{10,11}, o RPG é pouco explorado e pouco difundido^{12,13}.

No RPG tradicional é indispensável a figura do mestre^{12,13}. Contudo, na construção da ferramenta optou-se pela figura do facilitador, ou seja, alguém que não tomou posição na discussão, mas que auxiliou o grupo de alunos a conduzirem a experiência. Segue o diálogo que expressa a importância do facilitador:

“Deu para entender bem assim tipo [...], no decorrer das coisas, tinha alguém explicando bem, [...] façam isto agora, [...] isto que acontece...”(GF_1).

Nos jogos de RPG está previsto um sistema de regras para que o jogo aconteça. No jogo proposto, as regras básicas eram: a regra do “sim”, ou seja, quando um jogador dissesse algo sobre o personagem todos os outros jogadores estabeleceriam isso como uma verdade na narrativa de história, sem contrariá-la.

“O que mais complica a criação da história, aí faz um desenrolar, assim, que a gente nunca imagina, é a regra do sim” (GF_2).

As regras possuem a capacidade de estabelecer o contexto que será vivenciado, impondo limites e possibilidades aos jogadores. As ambientações construídas pelas regras do jogo conduzem a realidades diversas que exigem que os jogadores se adaptem a elas^{11,13}.

A **construção dos personagens** pelos discentes levou em consideração as características de pessoas e os exemplos observados em seu cotidiano.

“É que eu incorporei o personagem entendeu? [...] Pensei em histórias, realmente tem pessoas que passam por isto [...] Eu comecei a imaginar todas as possibilidades do que eu tinha passado!” (GF_3)

A escolha dos personagens foi muito criativa e lúdica. Este é um momento muito importante, pois cada discente define características dos seus personagens permitindo assim uma maior identidade com o que foi criado. E também é o momento mais demorado e desafiador, pois envolve a expectativa dos participantes em relação ao início do jogo.

Um dos objetivos do jogo foi colocar o discente diante de situações difíceis que exigiram tomada de decisão, comunicação e trabalho em equipe. Esse exercício é fundamental para aquisição de competências e habilidades preconizadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de saúde.

As DCNs dos cursos de saúde preconizam a formação de um profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social e comprometido com a saúde da população. No entanto, os conteúdos curriculares possuem relação direta com a hegemonia do modelo de atenção médico-curativo que orienta os profissionais a práticas tecnicistas e curativas e pouco dialógicas, tais como as acionadas durante o uso do Imersiva¹⁴. Nesse ínterim o jogo mostrou-se potente ao despertar os estudantes a ações que lhe exigiram ressignificarem conteúdos e vivências¹⁵.

Para Prager¹⁶, a história nunca está pronta. Ela sempre vai se transformar, dependendo das ações realizadas pelos personagens dos jogadores. Como foi possível observar:

“Pode ser que eu tenha sido a induzidora, mas eu achei interessante porque ela morreu, mas ela

passou o tempo inteiro dizendo: então eu vou me matar, então eu vou me matar, e ninguém fazia nada por ser só a véia chata que reclamava e que... Pô, ela se matou!” (GF_2).

Partindo do diálogo acima, percebe-se que os discentes conseguem fazer analogias com a prática e compreendem que muitas vezes por trás das queixas dos usuários existe um pedido de ajuda. Neste contexto, o jogo *Imersiva saúde do idoso* pode proporcionar ao docente as percepções dos discentes quanto áreas frágeis na formação, tal como acolhimento e abordagens centradas nas pessoas.

Qualquer jogo possui diversos mecanismos que servem como ferramentas para conduzir o jogador a experiência projetada para o jogo. Através delas os jogadores fazem escolhas para resolução de microproblemas com objetivo de resolver um problema maior¹⁵.

Outra questão relevante foi o fato da aleatoriedade do jogo provocar os participantes a fazerem escolhas, tomarem decisões sob pressão como muitas vezes acontece na vida. Para Morin (2011)¹⁷, nos colocamos numa posição segura com nossas teorias e ideias e não sabemos acolher o novo, o inesperado, que surge sem parar. É preciso unir vários saberes a que temos acesso para que possamos entender que o futuro permanece imprevisível.

O jogo foi elaborado para que os personagens vivenciassem as escolhas difíceis demonstrando para o discente que não há escolhas ótimas a serem feitas, e sim, escolhas. A tomada de decisão nem sempre cabe em protocolos é influenciada pela dualidade racional/irracional e objetivo/subjetivo. Não possuímos respostas corretas para todas as situações complexas nas quais nos deparamos¹⁸.

O Impacto da experiência no ensino aprendizagem

O Impacto da experiência no ensino aprendizagem se expressa a partir dos diálogos, em que os discentes manifestam sua surpresa com o uso de RPG no ensino e com as reflexões construídas a partir da experiência.

Observa-se uma preocupação com as metodologias de ensino aprendizagem pois elas não são uniformes no que se refere tanto ao ponto de vista dos pressupostos teóricos como metodológicos. Há diferentes modelos e estratégias para sua operacionalização com diversos benefícios e desafios¹⁹.

A construção de um perfil profissional livre, seguro e cooperativo é inviável dentro de uma formação que induz à alienação e não à reflexão. A participação no enredo do jogo permitiu trabalhar com sentimentos desagradáveis ou desfavoráveis tão pouco discutidos em outras situações. Os discentes refletiram sobre a situação do personagem, o final do jogo, a importância de analisar as situações sobre diversos aspectos antes da tomada de decisão:

“Eu acho que o que mais fica é que a gente pensa tanto se quer dar sim ou não e no final não tem escolha foi o que sobrou, e o final chocante”(GF_4).

“A gente lida com a emoção todo dia de querer tomar atitudes que se não tivesse razão a gente ia fazer atrocidades”(GF_3).

É importante destacar que o conteúdo não é neutro, tem uma ação política²⁰. O papel do educador é estimular uma leitura crítica da realidade; há que se reconhecer o princípio de incerteza racional: “a racionalidade corre o risco constante, caso não mantenha vigilante autocrítica quanto a cair na ilusão racionalizadora”.⁷

Na subcategoria **vivenciando situações semelhantes àquela observada no cotidiano** ficou evidenciado o quanto a intervenção foi capaz de estimular os discentes ao pensamento crítico. Quando comparada a uma aula expositiva os discentes fizeram as seguintes afirmações:

“A gente está acostumado assim, a gente está no 5º ano, a gente já está acostumado sentar e ouvir alguém palestrando, assim, entendeu? (GF_4).

“De repente, se um professor fosse trazer isto num slide, talvez a gente nem lembraria de casos assim ” (GF_3).

Com base nas afirmações acima percebe-se que o modelo tradicional de ensino prioriza a transmissão

de informações, os discentes assumem a postura passiva de recepção de teorias e a figura do docente assume o papel principal. No entanto, é necessário que os docentes busquem novas metodologias de ensino que estimulem o protagonismo dos estudantes, favoreçam sua autonomia, motivação, exercício da empatia.

O uso do jogo Imersiva como uma ferramenta potente de ensino pode ser observado pela facilidade da recordação de alguns casos influenciados pela sua complexidade ou seu final trágico. Bem como as consequências dos atos dos jogadores. Conforme evidenciado nas afirmações abaixo:

“E esta reflexão que a gente faz, depois, fica muito mais na gente, depois que eu sai daqui eu fiquei refletindo sobre o que aconteceu e situações de pessoas que a gente conhece[...] (GF_4).

Destacam-se também as afirmações dos discentes no que se refere ao **despreparo para lidar com diversas situações** encontradas no cotidiano. Percebe-se que nossa sociedade tem se tornado cada vez mais complexa no que se refere à produção de conhecimento. Dentre outros objetivos a formação do ensino universitário está ligada à troca de saberes e um olhar para as questões teórico/práticas. Porém, o que se observa é uma grande dificuldade em ofertar metodologias que propiciem tais discussões e vivências:

“Quando a gente chega, tem situações que a gente não sabe como lidar e não tem ninguém que nos ensine e a gente tem que lidar e descobrir uma forma sozinhos de resolver algum problema ou de sair de algum problema, sabe? (GF_1).

Acrescenta-se que uma das características fundamentais atribuídas ao jogo é o estímulo à capacidade de **tomada de decisão**. Cada personagem tem autonomia para tomar a decisão que julgar correta ou conveniente. A decisão vai depender da capacidade de vivenciar a história e das possíveis soluções imaginadas.

“Eu achei todas as decisões difíceis, até a dos outros colegas. Eu me coloquei, se eu fosse tomar estas decisões” (GF_1).

Além disso, as histórias construídas em cada intervenção tiveram elementos semelhantes àqueles encontrados em nosso cotidiano. Esses elementos permitiram aos discentes **comparar a história com a vida real**.

“[...] A gente tem que ter uma experiência fictícia que nem a gente teve no jogo para depois lidar com as pessoas de verdade. No caso, de verdade, a gente não pode fazer nada de errado lá na hora.”(GF_4).

A construção da história envolveu elementos como: situações de vulnerabilidades, tráfico, violência, solidão, vícios, dentre outros. Ao **comparar com situações reais**, os discentes tiveram a oportunidade de se aproximar de situação semelhante aquelas vivenciadas na prática.

“Eu acho estas experiências nos fazem pensar, o que a gente vai encontrar nos serviços de saúde [...]. E nós como trabalhadores em saúde vamos lidar com isto mais cedo ou mais tarde” (GF_3).

Reflexão acerca do jogo

Essa categoria versa sobre as principais potencialidades e fragilidades do jogo. Ela articula-se com as demais e aponta características que tornam o jogo de RPG uma ferramenta pedagógica potente para o ensino em saúde.

A subcategoria **percebendo as potencialidades e fragilidades do jogo** aborda percepções experimentadas pelos discentes ao longo da intervenção.

Ao longo das intervenções, percebeu-se que eles demonstraram surpresa e dificuldade inicial de entendimento, porém em nenhuma turma houve desinteresse ou desânimo. A maioria, teve **envolvimento com a história**, conforme percebido no comentário: “Acho que não é fácil não se envolver com a história, eu vi poucas pessoas de fora, assim!” (GF_2).

Uma das preocupações iniciais era se a intervenção seria capaz de provocar reflexão e aprendizado, da mesma forma que pudesse ser

divertida. No decorrer da atividade foi possível perceber que a diversão e o aprendizado podem andar juntos, como demonstrado a seguir:

“Eu acho que eu achei mais interessante[...] no começo parecia só uma brincadeira da temática de grupo, a gente ia conversar e tal e aí ao longo a gente ia construindo personagem, tu colocava aquela reflexão, daquela pessoa no teu contexto isto eu achei o máximo...”(GF_1).

No decorrer dos grupos focais identificou-se por intermédio das falas dos discentes uma **crítica ao sistema de ensino**, ao formato como as aulas são apresentadas e também receio de expor pensamentos e posicionamentos.

“Nosso objeto de estudo são pessoas e a gente não tem pessoas, tem slides e pessoas palestrando na nossa frente.” (GF_4).

As constantes mudanças em nossa sociedade exigiram mudanças no ensino universitário. É preciso que o professor esteja disposto a refletir sobre sua prática, problematizando-a e buscando novos conhecimentos no seu campo de atuação. Além disso, é necessário investigar se outros fatores podem interferir reduzindo a motivação do discente ao frequentar as aulas como: o cansaço do dia a dia, os eventuais problemas de saúde, tarefas em atraso e a condição financeira, entre outros²¹.

“E em falar assim que a gente está num curso noturno[...] a gente vê aulas assim totalmente escura, a sala, o pessoal quase dormindo, assim... Muito difícil[...] (GF_2).

Apesar de todas as dificuldades torna-se fundamental que o docente utilize estratégias e técnicas complementares à aula expositiva, criando um ambiente motivador e estimulante. Ainda neste sentido, os alunos destacaram a **potência do jogo quanto a possibilidade da visualização de diversos cenários, das práxis e de vivenciar a teoria na prática**, conforme os comentários que seguem.

“É a questão da práxis, tu pega toda a teoria que tu vem trazendo de todo o curso e aqui é o momento de tu aplicar! É na prática mesmo que tu vai...” (GF_3).

A complexidade pressupõe mudanças no sistema de ensino, baseado em um currículo disciplinar, fragmentado e que valoriza a hiperespecialização. Não oferta a visão do todo nem o diálogo entre os saberes. Morin (2011)¹⁷ defende uma nova prática que é a transdisciplinar. O debate das relações tecidas entre disciplinas deve ser construído em torno de um saber uno, pautado na perspectiva de conjunto e levando em consideração os aspectos do todo^{18,20}.

Observa-se nos trechos destacados abaixo que os discentes se aproximaram de uma das habilidades centrais que se buscava através do jogo que era o exercício da **empatia e a empatia com a pessoa idosa**.

“O jogo eu acho que neste quesito é um ponto muito positivo. É muito mais fácil de ser empático quando a gente assume uma realidade ou uma história, se coloca dentro dela”(GF_1).

Partindo dos relatos dos discentes percebe-se que o jogo propiciou a vivência da empatia em relação à pessoa idosa. De acordo com Silva et al¹⁸ “Empatia pressupõe a capacidade e sobretudo a vontade de compreender o outro e se colocar em seu lugar”.

Tratando-se de aprendizagem, é necessário refletir sobre a prática de ensino ofertada em nossas instituições de formação: muitas vezes trabalhamos de forma desconectadas das experiências prévias, tornando-a sem significado. Ao refletir sobre as metodologias de ensino em saúde destaca-se dois conceitos importantes: o da autonomia e a aprendizagem significativa.

Neste sentido, vale pensar que nenhum estudante é uma página em branco, principalmente quando se pensa em empatia e envelhecimento, pois empatia deve ser desenvolvida/estimulada desde a mais tenra idade e o envelhecimento é intrínseco à existência humana, e o acompanhamos em nossas famílias e grupos sociais.

Ao término dos jogos foi realizada uma roda de conversa para o encerramento da aula. E este talvez tenha sido o momento mais rico das intervenções. Ali, ficou nítido que as intervenções trabalham com o inesperado, imprevisível e o caótico, pois não existe

seleção de temas prévios e sim uma aposta na história criada pelos discentes.

O jogo, nesse contexto, pode se constituir como uma ferramenta inovadora de aprendizagem que estimula a autonomia do discente e a convivência com suas incertezas, dúvidas, desafios e improvisos. O êxito do jogo está centrado na dialogia, pois cada discente confronta seus valores dentro de determinadas visões de mundo¹⁹.

Entre as limitações deste estudo é preciso mencionar que a pesquisadora que aplicou o jogo foi a mesma que realizou as entrevistas, podendo gerar viés na análise, bem como respostas que corroborem com as expectativas dos pesquisadores. O uso da Teoria Fundamentada e das entrevistas de Grupos Focais, pela sensibilidade do método e o rigor com que foram empregados, representam fortalezas deste estudo.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível observar limitações que estão envolvidas no processo de ensino-aprendizagem acerca do envelhecimento, ao utilizar-se de métodos tradicionais de ensino. O uso do jogo facilitou o processo de aprendizagem na medida em que os participantes trabalharam a alteridade, desenvolvendo empatia em relação às pessoas idosas e seus problemas de saúde, ao se colocarem no lugar da pessoa idosa como protagonista.

A utilização do jogo com elementos de RPG é uma nova perspectiva com importante potencial no ensino em saúde. Esse jogo constitui uma ferramenta didático-pedagógica efetiva, alicerçada na experimentação, na subjetividade e na capacidade de experiência de cada jogador. Aplicações dessa ferramenta na prática envolvem a sua utilização no processo ensino-aprendizagem para o ensino na área do envelhecimento, bem como em outras áreas do campo da Saúde.

AUTORIA

- Aline Rodrigues Reser - concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; responsável por todos os aspectos do trabalho.

- Renato José De Marchi - concepção e delineamento, revisão crítica, aprovação a ser publicada.
- Aline Blaya Martins - concepção e delineamento, revisão crítica
- Julio Cesar de Matos - concepção, análise e interpretação dos dados.
- Paula Suseli Silva de Bearzi - concepção, análise e interpretação dos dados.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

10 de 10

REFERÊNCIAS

1. Broch C, Breschiliare FCT, Barbosa-Rinaldi IP. A expansão da educação superior no Brasil: notas sobre os desafios do trabalho docente. *Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super.* 2020;25(2):257-274.
2. Prevedello A, Góes F, Cyrino E. Educação interprofissional na formação em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(3):1-10.
3. Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTM, Machado MMT, et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface (Botucatu).* 2019; 23(Supl. 1):1-15
4. Brasil. Resolução CNE/ CES nº 4, de 07 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União.* 9 nov 2001.
5. Brasil. Lei 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 10 jan 2001.
6. Rodrigues CC, Todaro MA, Batista CB. Saúde do Idoso: discursos e práticas educativas na formação médica. *Educ em Rev.* 2021;37:1-17.
7. Morningstar J. *Fiasco.* Chapel Hill: BullyPulpit Games, 2009.
8. Minayo MCS (Org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Revista e atualizada. 25. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
9. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Kurutz YPF, Hülse L, Bonin JC. Folclore em forma de Role-Playing Game: criação de um jogo para utilização na educação infantil. *Rev. Ext. em Foco.* 2023;8(1):131-151.
11. De Sá CD, Paulucci L. Desenvolvimento de um sistema de RPG para o ensino de Física. *Rev Bras Ensino Física.* 2021;43:1-5.
12. Huizinga J. *Homo Ludens: o jogo como elemento de cultura.* São Paulo: Perspectivas; 2005.
13. Giacomini MP, Pereira NM(org). *Jogos e ensino de história.* Porto Alegre: UFRGS, 2018.[acesso em 15 mai 2018]. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179347/001069221.pdf?sequence=1>
14. Oliveira CA, Amaral EM, Cyrino EG, Gianini RJ. Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e diretrizes curriculares nacionais: percepções de professores. *Interface (Botucatu).* 2021; 25:1-15.
15. Bezerra INM, Nascimento JLD, Vieira NRS, Silva RPCda, Monteiro VCM, Silvério ZR, et al. A utilização da aprendizagem baseada em problema (ABP) na formação em saúde: um relato de experiência. *Rev Ciência Plur.* 2020;6(1):102-118.
16. Prager RHP. Exploring the Use of Role-playing Games in Education. *Master Teach Res Journal.* 2019;2:1-8.
17. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro.* 2.ed. São Paulo: Cortez; 2011.
18. Matos J. O Aprender Natural (ou jogos que criam condições de aprendizado)[Medium.com]; 05 nov 2015. 2015.[acesso em 15 abr 2017]. Disponível em: <https://medium.com/gamefica%C3%A7%C3%A3o-brasil/o-aprender-natural-ou-jogos-que-criam-condi%C3%A7%C3%B5es-de-aprendizado-2b0a5a416c10>
19. Freire P. *Pedagogia do Oprimido.* 42ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
20. Silva JAC da, Massih CGPA, Valente DA, Souza DF de, Monteiro MRLDC, Rodrigues RM. Ensino da empatia em saúde: revisão integrativa. *Rev Bioética.* 2022;30(4):715-24.
21. Maciel JAC. Alunos-trabalhadores do curso noturno de Pedagogia da UFRJ: reflexões sobre suas vivências. Rio de Janeiro. Trabalho de Conclusão de Curso [Licenciatura em Pedagogia] - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020.



Análise da tendência da mortalidade por causas externas em pessoas idosas no Brasil, 2000 a 2022

Analysis of the trend of mortality from external causes in older adults in Brazil, 2000 to 2022

Danilo Eriuelton Medeiros Dias¹ 
Alycia Ágata da Silva Costa² 
Kaio Dênnys de Lucena Martins² 
Arthur Alexandrino³ 
Matheus Figueiredo Nogueira⁴ 
Cristiane da Silva Ramos Marinho^{1,2} 

Resumo

Objetivo: analisar a tendência de mortalidade por causas externas em pessoas idosas no Brasil no intervalo temporal entre os anos 2000 e 2022 e identificar o perfil sociodemográfico de mortalidade. **Método:** estudo ecológico de série temporal utilizando dados secundários, envolvendo a mortalidade em pessoas idosas por causas externas no Brasil, no período de 2000 a 2022. Os dados foram coletados a partir das bases de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, das estimativas da população residente e de dados populacionais censitários disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A frequência absoluta e relativa dos dados foi analisada a partir do *software Excel 2010*. As análises das tendências das taxas de mortalidade e regressão linear segmentada foram realizadas por meio do *Joinpoint*, com significância estatística avaliada por meio do teste de Monte Carlo. **Resultados:** No período investigado, foram identificados 572.608 óbitos por causas externas em pessoas idosas com 60 anos ou mais. Em relação ao comportamento da mortalidade por causas externas em pessoas idosas, observou-se tendência de aumento nas taxas de mortalidade na maior parte do período estudado (2000 a 2013) com uma variação percentual anual (VPA: 1,86; IC95%: 1,5–2,2). **Conclusão:** os resultados indicam uma tendência de crescimento da mortalidade de pessoas idosas por causas externas, refletindo a necessidade de priorização de políticas públicas que intervenham sobre esse evento.

Palavras-chave: Idoso. Mortalidade. Causas da Morte. Medidas de Tendência Central.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSACOL). Santa Cruz, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Santa Cruz, RN, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCOL). Natal, RN, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cuité, PB, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Arthur Alexandrino
alexandrinoarthurd@gmail.com

Recebido: 17/08/2023
Aprovado: 29/11/2023

Abstract

Objective: To analyze the trend of mortality due to external causes in older adults in Brazil within the temporal interval spanning from 2000 to 2022 and to identify the sociodemographic profile of mortality. **Method:** Ecological time-series study utilizing secondary data, encompassing mortality in older adults due to external causes in Brazil, spanning the period from 2000 to 2022. The data were collected from the databases of the Department of Informatics of the Unified Health System, population estimates, and census population data provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The absolute and relative frequency of the data were analyzed using Microsoft Excel 2010 software. The analysis of trends in mortality rates and segmented linear regression was conducted using Joinpoint, with statistical significance assessed through the Monte Carlo test. **Results:** During the investigated period, 572,608 deaths due to external causes were identified in individuals aged 60 years or older. Regarding the mortality pattern due to external causes in older adults, an increasing trend in mortality rates was observed for the majority of the studied period (2000 to 2013) with an annual percent change (APC) of 1.86 (95% CI: 1.5–2.2). **Conclusion:** The results indicate a growing trend in mortality among older individuals due to external causes, highlighting the need for prioritizing public policies that address this issue.

Keywords: Aged. Mortality. Cause of Death. Central Trend Measures.

INTRODUÇÃO

O aumento progressivo da população idosa não deve ser consagrado como um problema, todavia, é uma conquista resultante do processo de desenvolvimento e avanço social. Por outro lado, as fragilidades e vulnerabilidades fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento desses indivíduos, os tornam vítimas na maioria das vezes, das causas externas, como violência e eventos indesejáveis à saúde, o que constitui em um fenômeno que assume proporções exorbitantes na sociedade moderna e representa, deste modo, um grande problema de saúde pública¹.

As causas externas representam um dos principais motivos de mortes no mundo, correspondendo a aproximadamente 10% dos óbitos globais e sendo a terceira maior causa de mortalidade entre os brasileiros no período de 2002 a 2015². No Brasil, esses eventos ocupam a sexta posição entre as causas de óbito em pessoas idosas, principalmente devido a lesões e/ou traumas resultantes de atropelamentos e quedas³.

Nesse sentido, as causas externas, também denominadas de acidentes e violências, são consideradas eventos do meio externo que, através de efeitos, sejam eles oriundos de forças físicas, químicas ou radioativas, podem causar danos com consequências indesejáveis à saúde e estão intimamente

ligadas às incapacidades físicas e neurológicas, podendo até mesmo causar a morte do indivíduo quando esses se expõem a tais eventos⁴. Atrrelado a isso, o processo de envelhecimento, juntamente às doenças, torna esse segmento populacional mais vulnerável, resultando na diminuição da qualidade de vida, assim como incapacidades e, muitas vezes, em mortalidade³.

No Brasil, entre os anos de 2010 e 2022, foram registradas 3.239.168 mortes por causas externas na população geral, das quais 572.608 foram pessoas com 60 anos ou mais. Notadamente, o estudo da mortalidade é um indicador relevante para se entender uma sociedade, pois, pode ser considerado um indicador social e econômico, já que os níveis indicam o grau de desenvolvimento de uma região ou país. Assim, a execução do estudo em tela se justifica pela necessidade de compreender o comportamento das taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas e o perfil dessas mortes em idosos, para que se possa levantar hipóteses sobre os possíveis determinantes dessa mortalidade ao longo do período, bem como refletir sobre estratégias a serem utilizadas para mitigar essas mortes. Dessa forma, os resultados encontrados pelo estudo poderão, por conseguinte, revelar a demanda no âmbito das políticas e campanhas específicas para grupos populacionais em risco e sua prevenção^{1,5}.

Diante do exposto, objetiva-se neste estudo analisar a tendência de mortalidade por causas externas em pessoas idosas no Brasil e identificar o perfil sociodemográfico dessas mortes no intervalo temporal entre os anos 2000 e 2022.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo ecológico de série temporal que utilizou dados secundários para investigar a mortalidade em pessoas idosas por causas externas no Brasil, no período de 2000 a 2022. A unidade de análise compreendeu o território nacional e suas cinco regiões. A população do estudo foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais e residentes no Brasil.

A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2023 a partir de bases de dados oficiais do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, de acesso público, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), incluindo dados preliminares de mortalidade para o ano de 2022. Ademais, utilizaram-se estimativas da população residente e dados populacionais censitários fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de censo.

As causas externas foram apresentadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), sendo categorizadas em nove grupos: acidentes de transporte (V01-V99), outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59), lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84), agressões (X85-Y09), eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), intervenções legais e operações de guerra (Y35-Y36), complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84), sequelas de causas externas (Y85-Y89) e fatores suplementares relacionados a outras causas (Y90-Y98)⁶.

O estudo teve como amostra um total de 572.608 óbitos por causas externas em pessoas idosas. A variável desfecho foi a taxa de mortalidade por causas externas em idosos. Assim, para sua análise, foram calculadas as taxas de mortalidade para o conjunto de todas as causas externas, sendo

obtida dividindo-se o número total de óbitos de idosos por todos os tipos de causas externas em um determinado período, pelo número total de habitantes idosos residentes no período multiplicado por 100.000. As demais variáveis (independentes) abordadas no estudo foram: tipos de causas externas, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, ano e região.

Os dados foram analisados estatisticamente e apresentados em forma de tabelas e gráfico (figura), categorizados e processados eletronicamente pelo software Excel 2010. As análises das tendências das taxas de mortalidade em pessoas idosas por causas externas, no período de 2000 a 2022, foram realizadas por meio do programa estatístico Joinpoint, versão 4.6.0. (<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>).

Para isso, foram calculadas as estimativas da variação percentual anual (VPA) (*annual percentage change* – APC) de uma regressão linear segmentada (*joinpoint regression*), identificando possíveis pontos de inflexão. Foi levado em consideração o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e nível de significância de 5% para cada tendência detectada. A significância estatística foi avaliada a partir do teste de permutação de Monte Carlo, que ajusta a melhor linha para cada segmento.

Ademais, como este estudo utilizou dados de acesso público, irrestrito e não identificáveis, portanto, ficou dispensado de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no Open Science Framework (OSF) e pode ser acessado em <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/ZWC67>.

RESULTADOS

No período investigado, foram identificados 572.608 óbitos por causas externas em pessoas idosas. Destes, quase metade, 194.423 (42,9%)

foram decorrentes do grupo de causas intitulado “outras causas externas de lesões acidentais” (W00-X59), grupo que envolve: quedas (W00-W19); exposição a forças mecânicas inanimadas (W20-W49); exposição a forças mecânicas animadas (W50-W64); afogamento e submersão acidentais (W65-W74); outros riscos acidentais à respiração (W75/W84); exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85-W99); exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (X00-X09); contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes (X10-X19); contato com

animais e plantas venenosos (X20- X29); exposição às forças da natureza (X30-X39), envenenamento (intoxicação) acidental por exposição à substância nociva (X40-X49), excesso de esforços, viagens e privações (X50- X57); e exposição acidental a outros fatores e aos não específicos (X58-X59)⁶.

Em relação ao comportamento da mortalidade por causas externas em pessoas idosas, os achados demonstram tendência de aumento na maior parte do período estudado (2000- 2013) (APC=1,86; IC95%: 1,5–2,2), $p<0,001$.

Tabela 1. Distribuição da Taxa de Mortalidade por Causas Externas em Idosos, Localização do *Joinpoint* e Variação Percentual Anual (VPA) (n=572.608). Brasil, 2000 a 2022.

Ano	Taxa bruta	Taxa ajustada	Valor do APC (IC)	Segmento
2000	92,45	92,18	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2001	95,11	93,90	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2002	95,23	95,64	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2003	97,23	97,42	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2004	100,36	99,24	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2005	101,74	101,09	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2006	100,19	102,97	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2007	102,32	104,89	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2008	107,07	106,84	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2009	107,00	108,83	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2010	114,70	110,86	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2011	114,10	112,92	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2012	114,66	115,02	1,86* (1,5 - 2,2)	1
2013	115,85	117,16	<i>Joinpoint</i> 1	1 - 2
2014	117,77	117,39	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2015	117,19	117,62	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2016	119,92	117,85	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2017	120,33	118,08	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2018	119,34	118,31	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2019	118,37	118,55	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2020	110,97	118,78	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2021	118,49	119,01	0,20 (-0,4 - 0,8)	2
2022	124,02	119,24	0,20 (-0,4 - 0,8)	2

APC = *Annual Percentage Change*; IC= Intervalo de confiança. * $p<0,005$, ou seja, dado estatisticamente significativo. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A Tabela 2 traz uma análise específica dos tipos de causas externas de mortalidade por faixa etária e sexo, principais grupos de causas externas, raça/cor, escolaridade e estado civil. Dentre os grupos de causas externas, os acidentes de transporte (V01-V99) foram identificados como a principal causa de mortalidade em pessoas idosas entre 60 e 69 anos, totalizando 67.004 (32,92%) óbitos; e a segunda causa de mortalidade entre os idosos de 70 a 79 anos, 41.631 (25,29%) óbitos, acometendo principalmente os indivíduos do sexo masculino.

Por outro lado, o grupo composto por outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59) foi o principal responsável pela mortalidade entre idosos de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, vitimando 68.121 (41,39%) e 130.170 (62,20%) das pessoas idosas de ambos os grupos etários, respectivamente, com variação do sexo predominante a depender da faixa etária atingida.

Em relação à raça/cor pode-se observar que os idosos brancos e pardos juntos foram as maiores vítimas de causas externas, respondendo por quase

90% dos óbitos em todas as faixas etárias. Nos grupos de idosos com idade entre 60 e 69 anos e 70 e 79 anos, houve um predomínio da mortalidade masculina, independentemente de sua raça/cor. Contudo, entre as pessoas idosas na faixa de 80 anos ou mais, o sexo feminino foi o mais vitimado.

Quanto à escolaridade, percebeu-se que mais de 75% dos idosos que foram a óbito por causas externas, tinham no máximo sete anos de estudo, independente da faixa etária. Em relação ao estado civil, independente da faixa etária, o maior destaque foi para os óbitos das pessoas idosas casadas e do sexo masculino.

Quanto à distribuição da proporcionalidade dos óbitos de pessoas idosas por causas externas do sexo masculino sobre o sexo feminino, constatou-se que o grupo de causas representado pelas agressões (X85-Y09) foi capaz de vitimar seis vezes mais homens que mulheres. Na sequência, as lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84) foram quatro vezes mais fatais em homens que em mulheres. Por outro lado, complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84) mataram mais mulheres que homens (0,84:1).

Tabela 2. Distribuição dos óbitos por causas externas, raça/cor, escolaridade e estado civil dos idosos, segundo a faixa etária e sexo (n=572.608). Brasil, 2000 a 2022.

Variáveis	Faixa etária								
	60 a 69 anos			70 a 79 anos			80 anos ou mais		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
	n (%)			n (%)			n (%)		
Tipos de causas externas									
Acidentes de trânsito	14394 (7,07)	52601 (25,84)	67004 (32,92)	12093 (7,35)	29533 (17,94)	41631 (25,29)	6024 (2,88)	13019 (6,22)	24321 (11,62)
Outras causas externas de lesões acidentais	14271 (7,01)	42288 (20,78)	56561 (27,79)	29046 (17,65)	39064 (23,73)	68121 (41,39)	79197 (37,84)	50962 (24,35)	130170 (62,20)
Lesões autoprovocadas voluntariamente	4252 (2,09)	16852 (8,28)	21104 (10,37)	2182 (1,33)	9947 (6,04)	12129 (7,37)	846 (0,40)	4569 (2,18)	5416 (2,59)
Agressões	3286 (1,61)	25176 (12,37)	28464 (13,98)	1990 (1,21)	9945 (6,04)	11935 (7,25)	1142 (0,55)	3538 (1,69)	4682 (2,24)
Eventos cuja intenção é indeterminada	5776 (2,84)	17660 (8,68)	23440 (11,52)	8937 (5,43)	13098 (7,96)	22036 (13,39)	21380 (10,22)	13127 (6,27)	34512 (16,49)
Intervenções legais e operações de guerra	8 (0,00)	46 (0,02)	54 (0,03)	4 (0,00)	29 (0,02)	33 (0,02)	14 (0,01)	21 (0,01)	35 (0,02)
Complicações de assistência médica e cirúrgica	2712 (1,33)	3037 (1,49)	5749 (2,82)	3901 (2,37)	3695 (2,24)	7596 (4,62)	5069 (2,42)	3023 (1,44)	8094 (3,87)
Sequelas de causas externas	290 (0,14)	875 (0,43)	1166 (0,57)	435 (0,26)	675 (0,41)	1110 (0,67)	1334 (0,64)	721 (0,34)	2055 (0,98)
Total	44989 (22,10)	158535 (77,89)	203542 (100,00)	58588 (35,60)	105986 (64,39)	164591 (100,00)	115006 (54,95)	88980 (42,52)	209285 (100,00)

continua

Continuação da Tabela 2

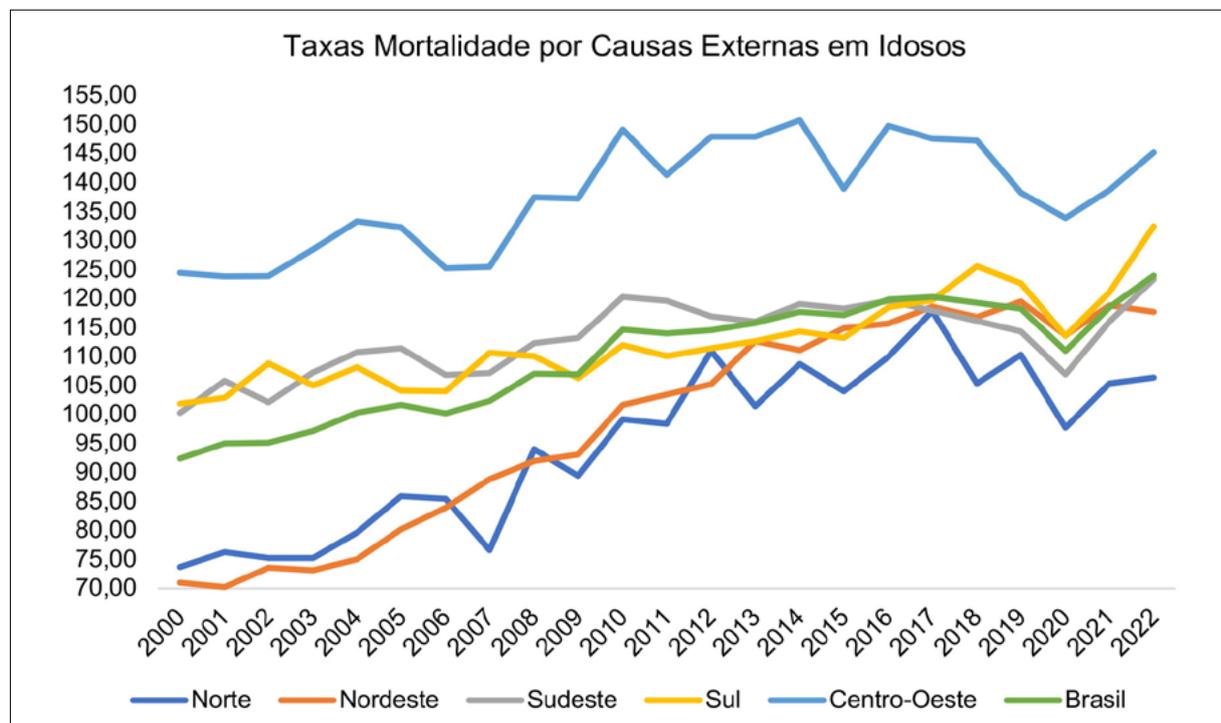
Variáveis	Faixa etária								
	60 a 69 anos			70 a 79 anos			80 anos ou mais		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
	n (%)			n (%)			n (%)		
Raça/Cor									
Branca	25353 (12,43)	79312 (38,88)	104666 (51,31)	36585 (22,23)	59595 (36,21)	96181 (58,44)	79040 (38,74)	55923 (27,41)	134966 (66,16)
Parda	14902 (7,30)	62558 (30,66)	77463 (37,97)	15921 (9,67)	35337 (21,47)	51263 (31,15)	25204 (12,35)	24178 (11,85)	49385 (24,21)
Preta	2575 (1,26)	9197 (4,51)	11772 (5,77)	2848 (1,73)	5383 (3,27)	8231 (5,00)	4461 (2,19)	3656 (1,79)	8118 (3,98)
Ignorado	1984 (0,97)	6521 (3,20)	8519 (4,18)	2572 (1,56)	4443 (2,70)	7024 (4,27)	4874 (2,39)	3841 (1,88)	8732 (4,28)
Amarela	295 (0,14)	839 (0,41)	1134 (0,56)	555 (0,34)	983 (0,60)	1540 (0,94)	1260 (0,62)	1203 (0,59)	2464 (1,21)
Indígena	125 (0,06)	327 (0,16)	452 (0,22)	107 (0,07)	245 (0,15)	352 (0,21)	167 (0,08)	179 (0,09)	346 (0,17)
Total	45234 (22,17)	158754 (77,82)	204006 (100,00)	58588 (35,60)	105986 (64,39)	164591 (100,00)	115006 (56,37)	88980 (43,62)	204011 (100,00)
Escolaridade									
Nenhuma	6030 (4,16)	16728 (11,55)	22759 (15,72)	10396 (8,80)	14498 (12,27)	24895 (21,08)	26372 (17,33)	14755 (9,70)	41129 (27,03)
1 a 3 anos	9021 (6,23)	33111 (22,87)	42133 (29,10)	13141 (11,13)	23697 (20,06)	36841 (31,19)	26772 (17,60)	20910 (13,74)	47683 (31,34)
4 a 7 anos	9191 (6,35)	34744 (23,99)	43935 (30,34)	11330 (9,59)	21566 (18,26)	32898 (27,85)	19913 (13,09)	16819 (11,06)	36733 (24,14)
8 a 11 anos	5811 (4,01)	19814 (13,68)	25626 (17,70)	5448 (4,61)	10637 (9,01)	16085 (13,62)	10049 (6,61)	8174 (5,37)	18226 (11,98)
12 anos e mais	2715 (1,88)	7629 (5,27)	10344 (7,14)	2473 (2,09)	4920 (4,17)	7393 (6,26)	3603 (2,37)	4765 (3,13)	8368 (5,50)
Total	32768 (22,63)	112026 (77,37)	144797 (100,00)	42788 (36,23)	75318 (63,77)	118112 (100,00)	86709 (56,99)	65423 (43,00)	152139 (100,00)
Estado Civil									
Solteiro	10093 (5,39)	33106 (17,68)	43200 (23,07)	10714 (7,01)	16285 (10,66)	27000 (17,67)	17523 (9,18)	10038 (5,26)	27563 (14,44)
Casado	16991 (9,07)	80621 (43,06)	97614 (52,13)	15740 (10,30)	56224 (36,80)	71968 (47,10)	12474 (6,53)	39334 (20,60)	51811 (27,14)
Viúvo	10302 (5,50)	10903 (5,82)	21205 (11,33)	24539 (16,06)	16157 (10,57)	40698 (26,64)	74518 (39,03)	29061 (15,22)	103584 (54,26)
Separado judicialmente	4185 (2,24)	16579 (8,85)	20765 (11,09)	3531 (2,31)	7684 (5,03)	11215 (7,34)	3064 (1,60)	3414 (1,79)	6478 (3,39)
Outro	544 (0,29)	3909 (2,09)	4453 (2,38)	322 (0,21)	1586 (1,04)	1908 (1,25)	337 (0,18)	1131 (0,59)	1468 (0,77)
Total	42115 (22,49)	145118 (77,50)	187237 (100,00)	54846 (35,90)	97936 (64,10)	152789 (100,00)	107916 (56,53)	82978 (43,47)	190904 (100,00)

*Os dados ignorados foram desconsiderados para todas as faixas etárias. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 3. Distribuição dos óbitos por sexo e da mortalidade proporcional da população masculina pela feminina por causas externas em idosos (n= 572.608). Brasil, 2000 a 2022.

Tipos de causas externas	Masculino	Feminino	Proporção
	n (%)	n (%)	Masculino: Feminino
Acidentes de trânsito	95153 (16,63)	32511 (5,68)	2,93:1
Outras causas externas de lesões acidentais	132314 (23,13)	122514 (21,42)	1,08:1
Lesões autoprovocadas voluntariamente	31368 (5,48)	7280 (1,27)	4,31:1
Agressões	38659 (6,76)	6418 (1,12)	6,02:1
Eventos cuja intenção é indeterminada	43885 (7,67)	36093 (6,31)	1,22:1
Intervenções legais e operações de guerra	96 (0,02)	26 (0,00)	3,69 :1
Complicações de assistência médica e cirúrgica	9755 (1,71)	11682 (2,04)	0,84:1
Sequelas de causas externas	2271 (0,40)	2059 (0,36)	1,10:1
Total	353501 (61,79)	218583 (38,21)	1,62:1

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

**Figura 1.** Distribuição das taxas de mortalidade por causas externas em idosos no Brasil e regiões (n=572.608). Brasil, 2000 a 2022.

De acordo com a Figura 1, durante o período analisado, o coeficiente de mortalidade por causas externas em pessoas idosas no Brasil variou de 92,45/100 mil habitantes (2000) a 124,02/100 mil habitantes (2022), correspondendo a uma Variação Percentual Anual Média (VPAM) (*Average Annual Percent Change - AAPC*) (VPAM=1,2; IC95%: 0,9–1,5) (2000-2022). Em relação às regiões do Brasil,

todas demonstraram um aumento em suas taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas, sendo a região centro-oeste a que registrou as maiores taxas (VPAM=0,6; IC95%: 0,1–1,1) em todos os anos quando comparada à média nacional.

A região norte apresentou uma elevação percentual média no período de 44,39% em suas

taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas. Em relação à região nordeste, embora tenha alcançado a menor taxa de mortalidade por causas externas em pessoas idosas (70,26) em 2011, ao longo da série temporal foi a região com a maior variação percentual anual do país (VPA=3,85; IC95%: 3,5–4,2), configurando assim a maior tendência de crescimento nas taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas quando comparado às demais regiões do Brasil.

A região sudeste apresentou comportamento aparente de oscilação em suas taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas, no entanto, com tendência real de crescimento no período de 2000 a 2011 (VPA: 1,36; IC95%: 0,7–2,0), com redução sem significância estatística no período seguinte. Dentre as regiões brasileiras, a Sul foi a que apresentou a menor variação percentual anual no período (VPA=0,89; IC95%: 0,7–1,1), porém, na maior parte do período do estudo, registrou taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas acima da média nacional.

DISCUSSÃO

Neste estudo foram apresentados dados nacionais sobre as taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas, com 60 anos ou mais de idade, no Brasil, no período de 2000 a 2022. Na ocasião, realizou-se uma análise temporal de óbitos por causas externas. A partir dos resultados encontrados, verificou-se elevação nas taxas de mortalidade por causas externas na população idosa até o ano de 2013 e, na sequência, com possível estabilização, com maior percentual de mortalidade entre os indivíduos do sexo masculino e na faixa etária entre 60 e 69 anos. Os acidentes de trânsito, as outras causas externas de lesões acidentais e as agressões foram as principais causas de óbitos nessa população.

As causas externas têm apresentado comportamento ascendente em todos os grupos etários no Brasil, sobretudo, na população idosa. A tendência crescente da mortalidade por causas externas nesse público repercute na necessidade de uma atenção especial a esses tipos de agravos, visto que o processo de envelhecimento tende a contribuir com esse fenômeno.

O estudo mostrou ainda que o período compreendido entre os anos 2000 e 2013 foi o responsável pela maior variação percentual anual das taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas, representando um crescimento anual médio de VPA: 1,86%, com significância estatística. Na sequência (2014 a 2022), as taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas apresentaram comportamento de estabilidade aparente, embora os dados do período não apresentem significância estatística (VPA=0,20; IC95%: -0,4–0,8). A crescente proporção de pessoas idosas na população, somada às desigualdades sociais e baixa qualidade de vida, coloca esse grupo de indivíduos em situação de vulnerabilidade para diversos tipos de causas de morte, dentre as quais as causas externas.

Conforme Paiva e Fonseca⁷, em 2019 no Brasil, dos 1.349.801 óbitos registrados no país, cerca de 142.800 (10,6%) eram por causas externas, configurando-se como a 4^o causa do total de óbitos. Contudo, algumas ações governamentais têm sido realizadas. A partir do ano 2000, com a criação de políticas para prevenção e controle desses eventos, destacando-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001), tendo como finalidade principal a redução da morbimortalidade por acidentes e violência no país; e, na área da pessoa idosa, a criação do Pacto Pela Vida e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006).

Apesar da criação dessas políticas, os indicadores gerados não são suficientes para refletir o impacto sobre a população idosa. Isso porque há ainda a quebra na integralidade do cuidado, o que reforça a necessidade de articulação das redes de atenção, sobretudo àquelas que dizem respeito às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos⁷.

Em relação ao sexo, evidenciou-se que o masculino foi o mais prevalente na mortalidade por causas externas entre idosos de 60 a 79 anos e de 70 a 79 anos, ratificando que as causas externas, além de vitimarem adultos jovens do sexo masculino, também são responsáveis por um número considerado de mortes de homens idosos.

No que se refere à faixa etária, os idosos com 80 anos ou mais foram as maiores vítimas de causas

externas, seguidos dos idosos com idade entre 60 e 69 anos, que tiveram os acidentes de transportes como as principais causas responsáveis por esses óbitos. Isso pode ser explicado pelo fato de que esse público é mais ativo em relação aos indivíduos de idade mais elevada, o que garante uma vida ativa, com melhores níveis de independência e autonomia e apresentam maior participação social, estando potencialmente mais expostos a acidentes e violências⁸.

De acordo com a literatura, a circulação das pessoas idosas que estão em atividade favorece ao aparecimento de acidentes no perímetro urbano das cidades o que contribui para a vulnerabilidade dessa população por esse tipo de causa⁹. Além disso, o processo de envelhecimento, a prevalência de comorbidades, o uso de álcool, a dinâmica do trânsito e as dificuldades estruturais dos espaços onde as pessoas idosas frequentam são fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade a acidentes de trânsito¹⁰.

Por conseguinte, aqueles idosos enquadrados como pedestres, além das possíveis limitações decorrentes das condições funcionais, associado a falta de infraestrutura para o tráfego, a adoção de condutas impróprias no trânsito, como a imprudência por parte dos motoristas de carros e de motocicletas contribuem para a suscetibilidade de pessoas idosas aos acidentes de transporte. Outro ponto a ser destacado é o comportamento da pessoa idosa no trânsito, durante a travessia de ruas, no qual, em algumas situações, ocorre sem a devida atenção à utilização de faixas de pedestres e semáforos¹⁰.

O grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais foi o que mais vitimou idosos por causas externas. É importante ratificar que dentro desse grupo encontram-se as quedas que se configuraram como a segunda causa mais importante de óbitos por causas externas em pessoas idosas, principalmente entre os indivíduos com mais de 80 anos, sendo a população feminina nessa faixa etária a mais acometida. Tal feito justifica-se por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, como polifarmácia, iatrogenias, declínio da capacidade funcional que favorecem a ocorrência de pequenas lesões, fraturas, traumatismos cranianos e fraturas de quadril^{8,11}.

Consoante a isso, as quedas em pessoas idosas comprometem ainda mais o processo de envelhecimento, se configurando em injúria das incapacidades, prejudicando a funcionalidade e favorecendo outros episódios de quedas. Ademais, esses eventos são decorrentes do avanço da idade cronológica, consequência dos efeitos das alterações relacionadas à idade, às patologias e ao meio em que se vive, no qual em muitas situações não permite uma acessibilidade adequada para as pessoas idosas. Um estudo sobre a análise de mortalidade por causas externas em idosos das capitais brasileiras no período de 1996 e 2005 mostrou que as quedas representaram em média 22,5% dos óbitos¹².

Apesar de não ter apresentado uma prevalência elevada nos óbitos por causas externas em idoso, as complicações da assistência médica e cirúrgica se fizeram presentes entre as causas de mortalidade em todas as faixas etárias de idosos, reforçando a necessidade de uma atenção para esse tipo de causa, uma vez que os diversos fatores inerentes à idade já tornam o idoso mais vulnerável aumentando a necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos especialmente em decorrência das quedas. Um estudo epidemiológico realizado com pessoas idosas após ocorrência de fratura de quadril, em um hospital escola do Rio de Janeiro, demonstrou que dos 167 idosos que sofreram quedas, 39 tiveram fratura de quadril. Estas, associadas às doenças crônicas contribuíram para uma taxa de mortalidade pós-operatória de 8,2%. Tal fato ocorreu antecedendo a alta hospitalar, acometendo principalmente a população feminina que é mais suscetível às quedas e, conseqüentemente, a sofrerem fratura de quadril com maior prevalência¹³.

Em relação à proporcionalidade dos óbitos por causas externas entre os sexos, o estudo encontrou as agressões como o tipo de causas externas de mortalidade mais evidenciado. Foi identificado uma proporção de óbitos por agressões em pessoas idosas de seis homens para cada mulher. A literatura aborda que os homens se expõem com mais frequência a situações de acidentes e violências devido a comportamentos reafirmadores da masculinidade que manifestam maior poder e exigem virilidade e agressividade, o que os tornam mais vulneráveis a óbitos precoces por causas evitáveis¹.

É importante destacar que o aumento do número das pessoas idosas faz com que haja um crescimento nos problemas relativos a essa parte da população, sobretudo aqueles relacionados à agressão por seus cuidadores seja no ambiente familiar e/ou institucional, devido a uma maior dependência financeira, social e psicológica. Tal fato, culmina em uma série de danos para o idoso, sejam físicos e mentais, os quais levam a doenças psicossomáticas, diminuição das defesas físicas, alterações nas atividades de vida diária, desidratação, mudanças no padrão do apetite, desnutrição, depressão, perda de identidade, tentativas de suicídio e até mesmo a morte¹³.

Conforme um estudo publicado em 2018, a América Latina foi considerada a região com as mais altas taxas de mortalidade por agressões (19,9/100 mil habitantes), seguida pelo Caribe (16,3/100 mil), África (10,1/100 mil), América do Norte (5,6/100 mil), Ásia (2,1/100 mil), Oceania (1,3/100 mil) e Europa (1,2/100 mil). De acordo com os autores, as elevadas taxas de mortalidade por agressões nas regiões brasileiras estão concentradas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Contudo, a associação entre agressões e as elevadas taxas de mortalidade em pessoas idosas pode estar relacionada às desigualdades sociais acentuadas, aos baixos níveis de escolaridade entre outros¹.

Outro grupo de causas externas de mortalidade proporcional entre os sexos com relevância foi o representado pelas lesões autoprovocadas voluntariamente, com proporção de quatro homens para uma mulher. A literatura aborda que esse acontecimento decorre do processo de envelhecimento, em que muitos homens ao envelhecer cessam a vida profissional e isso remete a um novo momento da vida com o falimento do papel tradicional de provisor econômico e de referência familiar, reprimindo-se socialmente, significando assim um elevado risco de isolamento, tristeza, estresse e vontade de ceifar a vida, pois essa situação de isolamento social e de solidão torna-se um fator de risco para o suicídio^{14,15}.

Em relação à distribuição das taxas de mortalidade por causas externas em pessoas idosas nas regiões

do Brasil (2000-2022), observou-se no estudo que as mortes estiveram em alta em todo período estudado e em todas as regiões. Contudo, as taxas de mortalidade nas regiões sul, sudeste e centro oeste se destacaram como as mais altas em relação à taxa média do país.

Por outro lado, em alguns locais como a região norte, há uma subnotificação exacerbada quanto ao registro da causa da morte por causas externas, sendo confundida muitas vezes com outros motivos, sobretudo por complicações e infecções hospitalares. Além disso, há uma escassez de serviços assistenciais ofertados à população idosa com fragilização das políticas públicas devido a diversos fatores, principalmente aqueles ligados à má gestão¹⁶.

No cenário nacional brasileiro, destaca-se uma tendência crescente em todas as regiões com destaque para as regiões Norte e Nordeste, em que houve uma variação significativa. Conforme Carmo et al.⁸ (2017), essa diferença entre as regiões é provavelmente decorrente das diferenças culturais e socioeconômicas locais, pois evidencia-se na literatura uma maior ocorrência de acidentes e violências àquelas pessoas desfavorecidas com baixo nível de escolaridade e vivendo em condições precárias. Em contrapartida, as regiões sul e sudeste apresentam menores índices de analfabetismo e desigualdades sociais, além de que nessas regiões se concentram a maior parte de municípios brasileiros com bom desenvolvimento humano.

Dessa forma, escancara-se a necessidade de uma efetiva implementação de políticas e programas direcionadas à saúde da população idosa, entre elas a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que dentro do contexto das causas externas traz em suas diretrizes a importância da realização de ações preventivas para acidentes, violências e fatores evitáveis.

Como limitação deste estudo destaca-se a utilização de dados secundários extraídos DATASUS, os quais apresentam algumas informações subnotificadas. Contudo, as informações fornecidas são representativas para o Brasil, o que confere validade externa à pesquisa.

CONCLUSÃO

Ao avaliar a situação da mortalidade por causas externas em todo os seus múltiplos aspectos e no intervalo temporal deste estudo, evidenciou-se a partir dos resultados uma tendência de crescimento da mortalidade de pessoas idosas por causas externas.

Dentre as causas que mais se destacaram foram os acidentes de trânsito, as outras causas externas de lesões acidentais e as agressões. Em relação à faixa etária, houve maior predominância daqueles indivíduos com idade entre 60 e 69 anos. O sexo masculino foi o mais acometido entre as causas, reafirmando o gênero como um fator de risco para o óbito entre as pessoas idosas.

Os resultados desta pesquisa reforçam a real necessidade do desenvolvimento de mais políticas públicas de saúde, de segurança e políticas sociais para a população idosa, e o fortalecimento daquelas em vigor, visto que tal população merece atenção e cuidado por toda sociedade.

Dessa forma, sugere-se que sejam desenvolvidos mais estudos acerca da temática a fim de contribuir para o refinamento das políticas públicas voltadas para a prevenção e por conseguinte diminuição das taxas de mortalidade importunadas por causas externas, das quais podem e devem ser impedidas e preveníveis. Por outro lado, este estudo possibilita mostrar um

panorama da atual situação epidemiológica acerca da mortalidade por causas externas em pessoas idosas.

AUTORIA

- Danilo E. M. Dias - concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica, aprovação da versão a ser publicada.
- Alycia Á. S. Costa - redação do artigo ou a sua revisão crítica;
- Kaio D. L. Martins - redação do artigo ou a sua revisão crítica;
- Arthur Alexandrino - redação do artigo ou a sua revisão crítica;
- Matheus F. Nogueira - redação do artigo ou a sua revisão crítica, aprovação da versão a ser publicada.
- Cristiane S. R. Marinho - concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica, aprovação da versão a ser publicada e ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Machado DR, Tavares RE, Tavares FG. Epidemiologia da mortalidade por agressões em idosos. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(11):3015-23. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a237176p3015-3014-2018>
2. Cardoso S, Gaertner MHCN, Haritsch L, Henning E, Kropiwiec MV, Franco SC. Perfil e evolução da mortalidade por causas externas em Joinville (SC), 2003 a 2016. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(2):189-200. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020115>
3. Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007;10(1):115-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10019>
4. Preis LC, Lessa G, Tourinho FSV, Santos JLG. Epidemiologia da mortalidade por causas externas no período de 2004 a 2013. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(3):716-28. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230886p716-728-2018>
5. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(4):427-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400020>
6. Monteiro YCM, Vieira MAS, Vitorino PVO, Queiroz SJ, Policena GM, Souza ACS. Trend of fall-related mortality among the elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200069. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0069>

7. Paiva IL, Fonseca MRCC. Mortalidade por causas externas no estado de São Paulo: Uma análise epidemiológica do período de 2000 a 2018. *Research, Society and Development*. 2021;10(9):e15101018627. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18627>
8. Carmo EA, Souza TS, Nery AA, Vilela ABA, Martins Filho IE. Trend of mortality from external causes in elderly. *J Nurs UFPE on line*. 2017;11(Suppl.1):374–82. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11918p374-382-2017>
9. Duarte MB, Santos ABBV, Sobral FCM. Mortalidade por acidentes de trânsito em idosos nas regiões do Brasil no período de 2009 a 2018. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*. 2021;2(e10392):1-13. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/10392/7525>
10. Furtado BMASM, Lima ACB, Ferreira RCG. Acidentes de transporte terrestre envolvendo pessoas idosas: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3):e190053. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190053>
11. Meirelles Junior RC, Castro JO, Faria L, Silva CLA, Alves WA. Notificações de óbitos por causas externas e violência contra idosos: uma realidade velada. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:8685. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8685>
12. Antes DL, Schneider IJC, d’Orsi E. Mortality caused by accidental falls among the elderly: a time series analysis. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015;18(4):769–78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14202>
13. Souza CS, Bandeira LLB, Naspolini MM, Aguiar MC, Marcolla V, Souza Neto JD. Análise das taxas de internação e de mortalidade por agressão em pacientes com mais de 60 anos. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2018;16(2):89-93. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913365/16289-93.pdf>
14. Santos EGO, Oliveira YOMC, Azevedo UN, Nunes ADS, Amador AE, Barbosa IR. Spatial temporal analysis of mortality by suicide among the elderly in Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):845–55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170115>
15. Ribeiro TS, Ramalho AA, Vasconcelos SP, Opitz SP, Koifman RJ. Tendência temporal da mortalidade em idosos em municípios no estado do Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(3):e200018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200018>
16. Fixina EB. O comportamento das mortes por causas externas, no Brasil [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. 2015 [acesso em 12 mai. 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/27729>



Polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e a vulnerabilidade de pessoas idosas

Polypharmacy, potentially inappropriate medications, and the vulnerability of older adults

Raquel Coelho de Andrade¹

Maíra Mendes dos Santos²

Euler Esteves Ribeiro²

James Dean Oliveira dos Santos Júnior³

Hércules Lázaro Morais Campos⁴

Elisa Brosina de Leon⁵

Resumo

Objetivo: Analisar a frequência de polifarmácia e prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) segundo os Critérios de Beers e CBMPI em pessoas idosas com vulnerabilidade clínico-funcional. **Método:** Trata-se de um estudo transversal onde analisou-se os prontuários de 496 participantes com 60 anos ou mais, atendidos em primeira consulta em uma Policlínica Gerontológica. Os dados sociodemográficos, medicamentos, e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20) e quedas foram extraídos dos prontuários. A polifarmácia foi definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos. Os participantes foram classificados em três grupos: robusto, em risco e vulnerável. **Resultados:** A análise demonstrou que 69 (13,91%) dos participantes faziam uso de polifarmácia. Entre os usuários de polifarmácia, 40 (57,97%) faziam uso de pelo menos um MPI. Os MPIs mais encontrados foram a glibenclamida e o omeprazol, respectivamente. Pessoas idosas com vulnerabilidade apresentaram um risco três vezes maior de apresentar polifarmácia (RP 3,59; IC95% 2,109-6,092). **Conclusão:** O uso de polifarmácia e MPI neste estudo estavam associados à vulnerabilidade da pessoa idosa, reforçando a necessidade de avaliação criteriosa de prescrições medicamentosas para essa população.

Palavras-chave:

Polifarmácia. Medicamentos Potencialmente Inapropriados. Vulnerabilidade. Idosos.

¹ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF). Manaus, AM, Brasil.

² Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI). Manaus, AM, Brasil.

³ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Instituto de Ciências Exatas, Departamento de Estatística. Manaus, AM, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB). Coari, AM, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCiMH). Manaus, AM, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Este trabalho contou com o apoio financeiro do Programa de Iniciação Científica (PIBIC 2021-2022) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Programa 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Elisa Brosina de Leon
elisadleon@ufam.edu.br

Recebido: 10/08/2023

Aprovado: 10/01/2024

Abstract

Objective: To analyze the frequency of polypharmacy and the prescription of Potentially Inappropriate Medications (PIM) according to the Beers Criteria and CBMPI in older adults with clinical-functional vulnerability. **Method:** This is a cross-sectional study where the medical records of 496 participants aged 60 and older, seen in their first appointment at a Gerontological Polyclinic, were analyzed. Sociodemographic data, medications, the Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20), and falls were extracted from the medical records. Polypharmacy was defined as the simultaneous use of five or more medications. Participants were classified into three groups: robust, at risk, and vulnerable. **Results:** The analysis revealed that 69 (13.91%) participants were using polypharmacy. Among polypharmacy users, 40 (57.97%) were using at least one PIM. The most commonly found PIM were glibenclamide and omeprazole, respectively. Older adults with vulnerability were three times more likely to have polypharmacy (OR 3.59; 95% CI 2.109-6.092). **Conclusion:** The use of polypharmacy and PIM in this study was associated with the vulnerability of older adults, emphasizing the need for a thorough evaluation of medication prescriptions for this population.

Keywords: Polypharmacy. Potentially Inappropriate Medications. Vulnerability. Older Adults.

INTRODUÇÃO

A longevidade é uma realidade na população mundial, alterações demográficas decorrentes da diminuição da taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida, assim como os avanços nas técnicas diagnósticas são fatores percursoros para o aumento do envelhecimento populacional¹. Embora as palavras “adoecer” e “envelhecer” não sejam sinônimas, o crescimento da população idosa implica em aumento da prevalência de doenças crônicas, demandando maior procura pela assistência em saúde e aumentando a chance de prescrição de medicamentos^{2,3}.

A polifarmácia é definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos como resultado de múltiplas comorbidades, consultas com diferentes especialidades médicas, automedicação, e principalmente do uso de medicamentos além daqueles recomendados no atendimento clínico⁴. A polifarmácia aumenta o risco de consumo de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI)⁵.

Os MPI são definidos como fármacos em que a probabilidade de causar efeitos adversos é maior que a de benefícios para a saúde. Se utilizado de forma prolongada e em excesso podem ocasionar interações farmacológicas, trazendo prejuízos para a saúde como: disfunções físicas, intoxicações⁶, hospitalizações⁷, demência⁸, insuficiência renal⁹ e a fragilidade da pessoa idosa¹⁰.

A fragilidade está associada com o processo de envelhecimento, e representa o grau de vulnerabilidade da pessoa idosa a situações como déficit funcionais, quedas, fraturas, internações e até a mortalidade¹¹. A fragilidade possui causa multifatorial que resulta na diminuição da resistência e força muscular levando a um estado de declínio físico, psicológico e social da pessoa idosa. Essa condição reflete diretamente na autonomia e funcionalidade do indivíduo, aumenta o risco de desfechos adversos. Pessoas idosas que fazem uso de polifarmácia associado a MPI podem potencializar ou desenvolver maior vulnerabilidade clínico-funcional¹².

A *American Geriatrics Society* (AGS) desenvolveu em 2012 uma lista de MPI que devem ser evitados, denominada Critérios de Beers, que foi atualizada em março de 2023¹³. Essa lista é baseada em um consenso entre profissionais na área dos cuidados geriátricos, farmacologia clínica e psicofarmacologia com o objetivo de melhorar a qualidade de prescrições, indicando os medicamentos de risco que devem ser evitados em geral, e em condições específicas^{13,14}. Os Critérios de Beers 2012 foram validados e serviram de base para a elaboração do Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (CBMPI) 2016. Esses critérios nacionais classificam os MPI para a população idosa a fim de direcionar as terapias medicamentosas e minimizar os riscos de reações adversas prejudiciais para a população brasileira¹⁵.

Em razão dos riscos para a saúde e qualidade de vida decorrentes do uso simultâneo de medicamentos, são necessários estudos que investiguem a associação entre polifarmácia e vulnerabilidade afim de promover uma análise do risco-benefício do uso, assim como a prescrição de fármacos potencialmente inapropriados. O uso de substâncias com mais segurança evita possíveis riscos associados aos MPI, visando assim a manutenção da funcionalidade^{16,17}.

Este estudo visou analisar a frequência de polifarmácia e prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados segundo os Critérios de Beers e CBMPI em pessoas idosas com vulnerabilidade clínico-funcional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal. Os prontuários de pessoas atendidas na Policlínica Gerontológica da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) na cidade de Manaus, Amazonas (AM) foram acessados e analisados. A FUnATI é uma instituição que desenvolve o ensino, a pesquisa e a assistência direcionada a pessoa idosa, também oferece cursos e oficinas para os idosos, capacita profissionais e fornece atendimento por meio da própria Policlínica Gerontológica¹⁸.

A amostra foi formada por conveniência e o preenchimento do prontuário foi realizado pela equipe de saúde da FUnATI, composta por enfermeiros durante a primeira consulta ao serviço. Foram inseridos os prontuários de participantes do sistema único de saúde de ambos os sexos com idade maior ou igual a 60 anos que buscaram atendimento no serviço (demanda espontânea) no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019. Os participantes com prontuários contendo informações incompletas foram excluídos da pesquisa.

Os seguintes dados foram coletados dos prontuários: sexo (masculino/feminino), idade (60 a 70 anos/>70 anos); comorbidades associadas. Os medicamentos coletados de cada prontuário foram aqueles prescritos e utilizados previamente à consulta na policlínica¹⁹.

A vulnerabilidade foi avaliada através do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20).

O IVCF-20 consiste em uma ferramenta confiável de avaliação multidimensional das funcionalidades da pessoa idosa. Esse instrumento contempla questões sobre faixa etária, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Esse questionário se propõe a identificar o nível de vulnerabilidade da pessoa idosa e sua pontuação máxima é 40 pontos. A pontuação permite a classificação em: robusto, pontuação de 0 a 6 pontos; em risco de fragilização se 7 a 14 pontos; ou vulnerável se 15 ou mais pontos²⁰.

A presença de quedas foi avaliada pela questão do IVCF-20 “*Você teve duas ou mais quedas no último ano?*”, permitindo a criação da variável Quedas (sim/não).

Polifarmácia foi caracterizada como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos⁴. Os Critérios de Beers (Versão 2023) e CBMPI (Versão 2016) foram utilizados para identificar nos medicamentos prescritos, a presença e quantidade de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI)^{13,15}. Foi considerado o uso de MPI quando o medicamento estava em qualquer uma das tabelas do critério da AGS Beers 2023 ou da CBMPI 2016. As prescrições medicamentosas presentes no banco de dados foram classificadas em classe terapêutica e classe anatômica segundo o sistema de classificação de fármacos Anatômico Terapêutico Químico (ATC) para melhor definição de seus efeitos. A quantidade de medicamentos foi analisada a fim de identificar a presença ou não de polifarmácia, que foi definida como uso concomitante de cinco ou mais medicamentos pelos idosos^{21,22}.

Os resultados de frequência foram apresentados em percentuais analisada pelo teste qui-quadrado, considerando o valor de p significativo < 0,05. A média de idade entre os grupos foi analisada utilizando teste Anova *one way*, seguido do teste de Tukey.

A razão de prevalência (RP) foi determinada pela relação entre pessoas idosas com prescrição de polifarmácia e o número de participantes totais, com intervalo de confiança de 95%²³.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o número: 3.781.478.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

O conjunto de dados não está publicamente disponível devido a conter informação que compromete a privacidade dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Dentre os 496 participantes, 344 (69,3%) eram mulheres, com média de idade de $69 \pm 76,8$ anos. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes. A hipertensão foi a comorbidade mais prevalente entre os participantes (59,87%; $n=297$). As quedas foram mais presentes entre os homens quando comparado às mulheres (19,73%; $n=30$ versus; 13,95%; $n=48$). A maioria dos participantes foi classificado como robusto (44,75%; $n=222$), seguido por em risco de vulnerabilidade (32,05%; $n=159$) e vulneráveis (23,18%; $n=115$). A análise demonstrou que 13,91% das pessoas idosas faziam uso de polifarmácia.

A Tabela 2 apresenta a classificação e frequência dos 298 medicamentos prescritos. Os medicamentos que agem no trato gastrointestinal (25,8%; $n=77$) e

no sistema nervoso (23,15%; $n=69$) foram os mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Conforme apresentado na Tabela 3, idosos vulneráveis apresentaram idade mais avançada ($71,10 \pm 7,35$ anos; $p < 0,001$) quando comparado aos participantes em risco de vulnerabilidade ($66,50 \pm 5,62$) e robustos ($67,03 \pm 5,65$). A variável quedas foi mais frequente no grupo em risco de vulnerabilidade (41%; $n=32$) e no grupo vulnerável (42,3%; $n=33$) em relação aos robustos (16,67%; $n=13$).

Dentre as pessoas idosas que não faziam uso de polifarmácia, aproximadamente 214 (50%) eram do grupo robusto. Em contrapartida, 46,5% ($n=32$) das pessoas com vulnerabilidade faziam uso de polifarmácia. No grupo de pessoas com polifarmácia, 40 (57,97%) possuíam pelo menos 1 medicamento potencialmente inapropriado em seu prontuário. Destes, mais da metade 25 (62,5%; $n=25$) dos participantes eram idosos vulneráveis. ($p < 0,001$) Pessoas idosas com vulnerabilidade apresentaram um risco 3,59 vezes maior de apresentar polifarmácia (RP 3,59; IC95% 2,109-6,092).

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos participantes, polifarmácia e quedas ($n=496$). Manaus, AM, Amazonas, 2019.

Variáveis	Mulheres n(%)	Homens n(%)	Total n(%)
Sexo	344(69,35)	152(30,64)	496(100)
Idade			
60 a 70 anos	236(68,60)	99(65,13)	335(67,54)
>70 anos	108(31,39)	53(34,86)	161(32,45)
Comorbidades			
Hipertensão	214(62,20)	83(54,60)	297(59,87)
Diabetes Mellitus	87(25,29)	49(32,23)	136(27,41)
Artrose	84(24,41)	22(14,47)	106(21,37)
Incontinência Urinária	84(24,41)	20(13,15)	104(20,96)
Outros	77(22,38)	109(71,71)	186(37,50)
Quedas			
Sim	48(13,95)	30(19,73)	78(15,72)
Não	296(86,04)	122(80,26)	418(84,27)
Vulnerabilidade			
Robusto	157(45,63)	65(42,76)	222(44,75)
Em risco de vulnerabilidade	110(31,97)	49(32,23)	159(32,05)
Vulnerável	77(22,38)	38(25,00)	115(23,18)
Polifarmácia	48(13,95)	21(13,81)	69(13,91)

Tabela 2. Classificação e frequência dos medicamentos prescritos. Manaus, AM, Amazonas, 2019.

Grupo anatômico	n(%)
Trato Gastrointestinal e Metabolismo	77(25,83)
Sistema Nervoso	69(23,15)
Sistema Cardiovascular	55(18,45)
Sistema Musculoesquelético	38(12,75)
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	19(6,37)
Anti-infecciosos de Uso Sistêmico	9(3,02)
Hormonais Sistêmicos (exclusão dos sexuais e insulinas)	8(2,68)
Sistema Gêrito Urinário e Hormônios Sexuais	8(2,68)
Sistema Respiratório	7(2,34)
Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores	4(1,34)
Órgãos dos Sentidos	3(1,00)
Dermatológico	1(0,33)
Total	298(100)

Tabela 3. Relação de vulnerabilidade com Medicamentos Potencialmente Inapropriados e Quedas. Manaus, AM, Amazonas, 2019.

Variável	Robusto (n=222)	Em risco (n=159)	Vulnerável- (n=115)	Total(%) (n=496)	p
Sexo					
Mulheres	157(45,63)	110(31,97)	77(22,38)	344(69,35)	0,77
Homens	65(42,76)	49(32,23)	38(25,00)	152(30,64)	
Idade (média±dp)	67,03±5,65*	66,50±5,62*	71,10±7,35	71,10±6,20	<0.0001
Quedas (%)					
Sim	13(16,67)	32(41,02)	33(42,31)	78(15,72)	<0.0001
Não	209(50,00)	127(30,38)	82(19,62)	418(84,27)	
Polifarmácia (%)					
Não	214(50,11)	130(30,44)	83(19,43)	427(86,08)	<0.0001
Sim	8(11,59)	29(42,03)	32(46,38)	69(13,91)	
Polifarmácia com pelo menos 1 MPI (%)					
Não	2(6,90)	19(65,52)	8(27,58)	29(42,03)	0.0027
Sim	6(15,00)	10(25,00)	25(62,50)	40(57,97)	

Frequências analisadas via teste qui-quadrado. A média de idade entre os grupos foi analisada utilizando teste Anova one way, seguido do teste de Tukey. Valor de P significativo <0,05. *versus vulneráveis., considerando o valor de p significativo < 0,05.

Dentro do grupo de pessoas idosas com polifarmácia, a análise demonstrou 27 medicamentos como potencialmente inapropriados conforme

os Critérios de Beers e/ou CBMPI, os quais estão dispostos na Tabela 4. O MPI mais encontrado entre foi a glibenclamida, seguida pelo omeprazol e carvedilol.

Tabela 4. Apresentação e classificação segundo os critérios de Beers 2023 e CBMPI 2016 de cada Medicamento Potencialmente Inapropriado prescrito para os participantes. Manaus, AM, Amazonas, 2019.

Nome	n	Grupo terapêutico segundo a ATC	Critério
Glibenclamida (Sulfoniluréia)	12	Trato Gastrointestinal Alimentar e Metabolismo	CBMPI/BEERS
Omeprazol	8	Trato Gastrointestinal e Metabolismo	CBMPI/BEERS Recomendação: Evitar o uso programado por >8 semanas
Carvedilol	8	Sistema Cardiovascular	CBMPI Em condição de Doença Pulmonar Obstrutiva crônica
Furosemida	5	Sistema Cardiovascular	CBMPI
Ranitidina	5	Trato Gastrointestinal e Metabolismo	CBMPI/BEERS Em condição clínica de Delírium
Pantoprazol	3	Trato Gastrointestinal e Metabolismo	CBMPI
Nifedipina	3	Sistema Cardiovascular	CBMPI/BEERS
Aspirina	2	Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	CBMPI/BEERS Em condição de distúrbios hemorrágicos
Sertralina torrest	2	Sistema Nervoso	CBMPI
Prednisona	2	Hormonais Sistêmicos	CBMPI
Ibuprofeno	2	Sistema Músculo Esquelético	CBMPI/BEERS Em condição de Doença Renal Crônica
Quetiapina	2	Sistema Nervoso	CBMPI Em condições de histórico de quedas
Fluoxetina	2	Sistema Nervoso	CBMPI Em condições de histórico de quedas
Enoxaparina	1	Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	BEERS Em dosagens >30ml
Meloxicam	1	Sistema Músculo Esquelético	CBMPI/BEERS Em condições de úlcera péptica
Pregabalina	1	Sistema Nervoso	CBMPI/BEERS Em condições de histórico de quedas
Citalopran	1	Sistema Nervoso	CBMPI Em condições de histórico de quedas
Escitalopran	1	Sistema Nervoso	CBMPI Em condições de histórico de quedas
Amitriptilina	1	Sistema Nervoso	CBMPI/BEERS Em condições de histórico de quedas
Gabapentina	1	Sistema Nervoso	CBMPI/BEERS
Hidralazina	1	Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	CBMPI Em condições de Hipertensão postural
Espironolactona	1	Sistema Cardiovascular	CBMPI/BEERS
Digoxina	1	Sistema Cardiovascular	CBMPI/BEERS
Alopurinol	1	Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	CBMPI
Aceclofenaco	1	Sistema Músculo Esquelético	CBMPI Em condição de Doença Renal Crônica
Nimesulida	1	Sistema Músculo Esquelético	CBMPI Em condição de Doença Renal Crônica
Diclofenaco	1	Sistema Músculo Esquelético	CBMPI/BEERS Em condição de Doença Renal Crônica

ATC: Classificação Anatômica dos Medicamentos; CBMPI: Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados.

DISCUSSÃO

Este estudo visou analisar a frequência de polifarmácia e prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados em pessoas idosas com vulnerabilidade clínico-funcional. A polifarmácia foi presente em 46,5% das pessoas com vulnerabilidade. Além disso, pessoas com polifarmácia apresentaram maior frequência de pelo menos 1 medicamento potencialmente inapropriado prescrito.

O processo de envelhecimento predispõe maiores riscos de comorbidades, declínio funcional e afecções à saúde, aumentando o risco de prescrição de múltiplos medicamentos na tentativa de manter a qualidade e expectativa de vida^{2,3}. Os medicamentos são recursos terapêuticos necessários, e quando prescritos corretamente ajudam a manter a qualidade de vida da pessoa idosa e controlar enfermidades crônicas, porém, a avaliação do risco/benefício é sempre imprescindível.

Neste estudo mais da metade das pessoas idosas que faziam uso de polifarmácia possuíam pelo menos 1 MPI. Em um estudo retrospectivo de análise de prontuários (n=406) de pessoas idosas atendidas na atenção secundária de um Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, foi encontrado que 66,8% dos participantes apresentavam pelo menos 1 MPI quando na presença de polifarmácia²⁰. De acordo com Neves et al.⁹ que avaliaram pessoas acima de 60 anos que estavam hospitalizadas (n=187) também foi encontrado a porcentagem aproximada de 66,7% de participantes com polifarmácia e MPI. Em ambos os estudos, o fármaco omeprazol foi um dos mais prevalentes. Esse resultado foi semelhante no presente estudo, no qual o omeprazol foi o segundo mais receitado.

Neste estudo, polifarmácia e ao uso de MPI's foram associados à maiores níveis de vulnerabilidade. Em um estudo transversal realizado com uma população idosa residente na zona urbana em Minas Gerais, foi encontrado que 51% dos idosos vulneráveis faziam uso de pelo menos 1 MPI e 33% dos participantes classificados em risco de vulnerabilidade usavam algum MPI²². Além disso, em um estudo realizado com uma população idosa institucionalizada em uma residência geriátrica da Espanha, polifarmácia com MPI foi prevalente em 92% dos vulneráveis¹⁰. Esses

resultados sugerem que quanto maior o consumo de MPI maior a prevalência de vulnerabilidade e risco de vulnerabilidade em pessoas idosas.

As pessoas idosas em risco de fragilização apresentaram 5 vezes mais chance de fazer uso de polifarmácia quando comparado aos participantes robustos. Esse risco aumentou para 7 vezes em idosos vulneráveis. Resultado semelhante foi encontrado por Spekalski et al.²⁴, entre pessoas de 60 a 85 anos, residentes de área rural do Paraná. Os potencialmente vulneráveis ou vulneráveis possuíam 3 vezes (3,73) mais chances de fazerem uso de polifarmácia quando comparados com os não vulneráveis²⁴.

O achado anteriormente citado pode ser explicado devido as alterações fisiológicas da senescência repercutem na absorção irregular de drogas. Diante disso as modificações na farmacodinâmica e farmacocinética ligadas ao uso simultâneo de medicamentos potencializam interações medicamentosas maléficas que afetam diretamente a funcionalidade da pessoa idosa⁵. A incapacidade funcional e a presença de várias doenças crônicas levam a um tratamento medicamentoso cada vez mais complexo para o idoso, tornando-o ainda mais vulnerável a interações medicamentosas prejudiciais que alteram o metabolismo sistêmico corporal, contribuindo para o aumento da decadência funcional, diminuição da força, resistência e potência muscular, características da vulnerabilidade no idoso^{23,25}. Idosos vulneráveis têm comprometimento em reajustes posturais, propriocepção e marcha. Esses deficit favorecem os riscos de desequilíbrios e quedas. Diante disso se faz necessário analisar prejuízos e benefícios das prescrições de medicamentos e a repercussão que os MPI têm sobre a saúde da pessoa idosa²⁶.

Todos os fármacos potencialmente inapropriados encontrados nos prontuários, a glibenclamida e o omeprazol que atuam no sistema gastrointestinal e metabolismo foram o primeiro e o segundo mais prescritos respectivamente. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo realizado com idosos usuários da Atenção Primária a Saúde (APS), onde os medicamentos glibenclamida, (25%) foi o mais prescrito dentre todos os MPI's, seguido do omeprazol (23,4%)¹. A glibenclamida é um hipoglicemiante oral usado no tratamento de

diabetes mellitus^{27,28}, mas que pode ser prejudicial a pessoa idosa por causar uma diminuição prolongada de glicose, pondo em riscos a estabilidade metabólica corporal. O omeprazol é comumente indicado para tratamento de afecções do sistema gastrointestinal relacionados a secreção do ácido estomacal⁷, segundo o CBMPI, esse fármaco não deve ser recomendado a pessoa idosa pois seu consumo prolongado pode provocar osteoporose, demência e insuficiência renal, contudo é comum os profissionais receitarem o omeprazol erroneamente a fim de tratar os efeitos colaterais resultantes do uso simultâneo de muitos fármacos estabelecidos para pessoas idosas^{1,2,29}.

Neste estudo, 65,5% das pessoas idosas que apresentaram a polifarmácia e que não tinham nenhum MPI foram classificados como em risco de fragilização, isso pode estar associado ao uso de medicamentos que agem no sistema nervoso, visto que aproximadamente 23% de todos os medicamentos prescritos apresentados na Tabela 2 foram os atuantes no sistema nervoso. Os fármacos antidepressivos colinérgicos que atuam no sistema nervoso central são inapropriados por causa de seus efeitos sedativos que aumentam os riscos de queda e fraturas no paciente¹. Benzodiazepínicos que agem no sistema nervoso central possuem efeitos ansiolíticos e anticonvulsivantes, sendo sugeridos para transtornos de ansiedade e insônia, problemas frequentes enfrentados pelas pessoas idosas, em contrapartida podem potencializar os riscos de quedas, déficit cognitivo, delírios e fraturas, além de acentuarem ainda mais os efeitos da depressão^{8,9,30}.

A limitação deste estudo foi o fato de ter sido realizado apenas em uma instituição que atende pessoas com 60 anos ou mais. Além disso, o tipo de estudo proposto não permite a identificação de relação causal entre as variáveis. Portanto, mais estudos são necessários que abordem esse tema e envolvam população idosa atendida em diferentes instituições da cidade e estado.

CONCLUSÃO

O uso de polifarmácia e MPI foram associados à vulnerabilidade da pessoa idosa, reforçando a necessidade de avaliação criteriosa de prescrições medicamentosas para essa população. Os

medicamentos têm o alto poder de melhorar a funcionalidade dos sistemas corporais, mas também podem ser prejudiciais na mesma proporção.

O cuidado em saúde da pessoa idosa é bastante complexo e exige o equilíbrio entre os benefícios e riscos que fazem parte de toda promoção de cuidados com o objetivo de melhorar e manter a expectativa de vida da população idosa. A segurança do paciente deve ser considerada ao recomendar medicamentos. É preciso estabelecer prioridades de terapia e gerenciar da melhor forma possível o tratamento de cada problema de saúde apresentado pelo paciente idoso. Analisar de forma racional quais intervenções são mais urgentes e quais podem ser tratadas a longo prazo, evitando assim o consumo de muitos medicamentos ao mesmo tempo e diminuindo risco de danos desnecessários.

AUTORIA

- Raquel Coelho de Andrade – Análise e interpretação dos dados, escrita do artigo.
- Maira Mendes dos Santos – Contribuição para a coleta de dados da pesquisa na Instituição FUnATI
- Euler Esteves Ribeiro – Contribuição para a coleta de dados da pesquisa na Instituição FUnATI
- James Dean Oliveira dos Santos Júnior – Análise e interpretação dos dados.
- Hércules Lázaro Morais Campos – Supervisão e orientações para a produção do artigo. Aprovação da versão a ser publicada.
- Elisa Brosina de Leon – Conceituação, supervisão, análise e delineamento dos dados. Orientações para a produção do artigo. Aprovação da versão a ser publicada.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) por contribuir para a realização desta pesquisa.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Parrela SL, Lima MS, Ramos PT, Penha RM, Santos VP, Barbosa SR, et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Rev Conjecturas*. [Internet] 2022 [acesso em: 15 jan 2023]; 22(7):438–455. Disponível em: <https://doi.org/10.53660/conj-s24-1207>
2. Oliveira PC, Silveira MR, Ceccato MD, Reis AM, Pinto IV, Reis EA. Prevalence and factors associated with polypharmacy among the elderly treated in primary healthcare in Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*. [Internet] 2021 [acesso em: 15 jan 2023]; 26(4):1553–1564. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>
3. Dantas MS, Santos VC. Implicancias de la polifarmacia en personas mayores y la contribución de la atención farmacéutica. *Lecturas: Educación Física Y Deportes*. [Internet] 2018 [acesso em: 15 jan 2023]; 23(240):87–99. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/273>
4. Pereira KG, Peres MA, Lop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: Um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. [Internet] 2017 [acesso em: 20 jan 2023]; 20(2):335–344. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
5. Souza AM, Santos BR, Oliveira CL, Ribeiro EA, Nogueira L, Meneghin MM, et al. Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em polifarmácia segundo os critérios de Beers. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet] 2022 [acesso em: 20 jan 2023]; 15(11):e11395. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11395.2022>
6. Silva AF, Silva JP. Polifarmácia, automedicação e uso de medicamentos potencialmente inapropriados: causa de intoxicações em idosos. *Revista Médica de Minas Gerais*. [Internet] 2022 [acesso em: 20 jan 2023]; 32:e32101. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.2022e32101>
7. Moreira FS, Jerez-Roig J, Ferreira LM, Dantas AP, Lima KC, Ferreira MA. Use of potentially inappropriate medications in institutionalized elderly: Prevalence and associated factors. *Ciência e Saúde Coletiva*. [Internet] 2020 [acesso em: 20 jan 2023]; 25(6):2073–2082. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26752018>
8. Gatto CM, Jorge MS, Wibelinger LM, Bertolin TE, Portella MR, Doring M. Prevalência de polifarmácia, benzodiazepínicos e fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*. [Internet] 2019 [acesso em: 02 Março 2023]; 16(3):47–58. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i3.7797>
9. Neves FS, Sousa R, Ferreira FM, Pinheiro AC, Pires LM, Meurer IR. Avaliação de medicamentos potencialmente inapropriados e da polifarmácia em pacientes idosos em um hospital universitário. *HU Revista*. [Internet] 2022 [acesso em: 02 Março 2023]; 48(1):1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.36065>
10. Vivanco MV, Formiga F, Riera IM, Laporte AS, Prieto DC. Población muy anciana institucionalizada de Barcelona: valoración de la fragilidad según el índice frágil-VIG y análisis de la adecuación terapéutica según los criterios STOPP-frail. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. [Internet] 2019 [acesso em: 15 Março 2023]; 54(6):334–338. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.06.004>
11. Shade MY, Berger AM, Chaperon C, Haynatzki G, Sobeski L. Adverse drug events reported by rural older adults. *Geriatric Nursing*. [Internet] 2017 [acesso em: 15 março 2023]; 38(6):584–588. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.008>
12. Martínez-Arnau FM, Prieto-Contreras L, Pérez-Ros P. Factors associated with fear of falling among frail older adults. *Geriatric Nursing*. [Internet] 2021 [acesso em: 15 março 2023]; 2(5):1035–1041. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.007>
13. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(7):1-30. doi:10.1111/jgs.18372
14. Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. [Internet] 2019 [acesso em: 13 abril 2023]; 67(4):674–694. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>

15. Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CR, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. [Internet] 2017 [acesso em: 13 abril 2023]; 10(4):168–181. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/z2447-211520161600054>.
16. Santana PP, Ramos AD, Campos CE, Andrade M, Menezes HF, Camacho AC, et al. O impacto da polifarmácia na qualidade de vida de idosos. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*. [Internet] 2019 [acesso em: 20 abril 2023]; 13(3):e773. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a235901p773-782-2019>
17. Melo LM, Vale BN. Polifarmácia: Uso De Medicamentos Por Idosos. *Amazônia Science & Health*. [Internet] 2018 [acesso em: 20 abril 2023]; 6(4):13–16. Disponível em: <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v6n4p13-16>
18. Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUNATI). [Internet]. Manaus AM: editora FUNATI; 2019. Quem somos; [Data de acesso: 20/05/2023]; [1 tela]. Disponível em: <https://funati.am.gov.br/quem-somos/>.
19. Frota JG, Carvalho IA, Marques MM, Brito E, Ataíde DS, Ribeiro EE, et al. Doenças crônicas e aspectos de saúde de idosos amazonenses. *Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia*. [Internet] 2021 [acesso em: 21 abril 2023]; 12(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-10>
20. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DE. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): Rapid recognition of frail older adults. *Revista de Saúde Pública*. [Internet] 2016 [acesso em: 20 abril 2023]; 50:1–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
21. Nascimento RC, Álvares J, Júnior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*. [Internet] 2017 [acesso em: 22 abril 2023]; 51(2):e19. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007136>
22. Aires JM, Silva LT, Frota DL, Dewulf NL, Lopes FM. Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes de um Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. [Internet] 2020 [acesso em: 22 abril 2023]; 23(4):e200144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200144>
23. Bolina AF, Gomes NC, Marchiori GF, Pegorari, MS, Tavares DM. Potentially inappropriate medication use and frailty phenotype among community-dwelling older adults: A population-based study. *Journal of Clinical Nursing*. [Internet] 2019 [acesso em: 22 abril 2023]; 28(21–22):3914–3922. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14976>
24. Spekalski MV, Cabral LP, Grden CR, Bordin D, Bobato GR, Krum EA. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em pessoas idosas de uma área rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. [Internet] 2021 [acesso em: 28 março 2023]; 24(4):e210151. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210151>
25. Rocha IP, Sales AS, Magalhães J, Oliveira S. Farmacodinâmica E Interações Medicamentosas Geriátricas: Reflexão Sobre Medicamentos Teaching Training for. *Revista Humanidades e Inovação*. [Internet] 2021 [acesso em: 23 abril 2023]; 8(45):e12.
26. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. *Nursing Clinics of North America*. [Internet] 2017 [acesso em: 23 abril 2023]; 52(3):457–468. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.007>
27. Nery CG, Pires MA, Pianetti GA, Vianna-Soares CD. Caracterização do fármaco hipoglicemiante glibenclamida. *Revista Brasileira de Ciências Farmaceuticas/Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. [Internet] 2008 [acesso em: 11 de fev 2023]; 44(1):61–73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-93322008000100008>
28. Farias AD, Lima KC, Oliveira YM, Leal AA, Martins RR, Freitas CH. Prescription of potentially inappropriate medications for the elderly: A study in primary health care. *Ciência e Saude Coletiva*. [Internet] 2021 [acesso em: 22 março 2023]; 26(5): 1781–1792. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04532021>
29. Palmeiras G, Bastos J, Flores V, Braga D, Braga T, Dorés R. Incidência do uso de benzodiazepínicos em idosos e os riscos associados. *Journal of the Health Sciences Institute*. [Internet] 2022 [acesso em: 28 março 2023]; 40(1):59–66.
30. Carvalho FP, Sasaki NS, Pancote CG, Santos ML, Gomes L. Investigação do uso de psicotrópicos potencialmente inapropriados por idosos. São Paulo. *Rev Recien*. [Internet] 2021 [acesso em: 28 março 2023]; 11(34):225-233. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.225-233>



Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência necessária

Contemporary care model for the aged: an imminent need

Renato Peixoto Veras¹ 

Resumo

É possível envelhecer com saúde e qualidade de vida no Brasil? Este artigo defere a resposta por meio da proposição de um modelo assistencial resolutivo e com excelente relação custo-benefício, em linha com o que há de mais contemporâneo no cuidado integral para o grupo etário dos idosos. O modelo aqui apresentado propõe pensar, de forma absolutamente inovadora, o cuidado que deve ser prestado a essa parcela da população. Neste texto, são apresentados a teoria e os conceitos que fundamentam o modelo proposto. Basicamente, o texto relata a necessidade de ênfase nas instâncias leves de cuidado; em outros termos, foco na coordenação, na prevenção e no monitoramento do cliente, de forma a minimizar desperdícios, oferecendo uma assistência de melhor qualidade e a custos reduzidos. Também são apresentados os instrumentos de avaliação epidemiológica utilizados e o passo a passo de todos os profissionais da equipe de saúde.

Abstract

Is it possible to age with health and quality of life in Brazil? This article defers the answer through the proposition of a cost-effective care model, in line with what is most contemporary in comprehensive care for the elderly age group. The model presented here proposes to think, in an absolutely innovative way, the care that must be provided to this portion of the population. In this text, the theory and concepts that underlie the proposed model are presented. Basically, the text reports the need for emphasis on light instances of care; in other words, focus on coordination, prevention and customer monitoring, in order to minimize waste, offering better quality care and reduced costs. The epidemiological assessment instruments used and the step by step of all health professionals are also presented.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Modelo assistencial. Prevenção. Promoção de Saúde.

Keywords: Older people. Care Model. Prevention. Health Promotion.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.
O autor declara não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/*Correspondence*
Renato Peixoto Veras
unativeras@gmail.com

Recebido: 08/12/2023
Aprovado: 27/02/2024

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista da população brasileira. Viver mais – envelhecer – já é uma realidade nesta década e será ainda mais nos anos vindouros. Contudo, também deve fazer parte dessa conquista a possibilidade de os cidadãos usufruírem desse tempo a mais, com capacidade funcional, saúde e qualidade de vida. Ao longo dos últimos anos, algumas instituições e seus pesquisadores vêm buscando a mudança do modelo de prestação de serviços de saúde. Entendemos que é imprescindível. E o mais importante: sabemos que é viável.

É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais a um custo menor. Mas o que falta para que isso ocorra? Que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e que se permitam inovar. E vale dizer que, em muitos casos, inovar pode significar apenas resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Na atualidade, chegar aos 80, 90 anos ou até mais tornou-se algo relativamente comum. Entretanto, existe uma enorme preocupação com o modelo de cuidado utilizado, pois tudo que não desejamos é que os anos adicionais de vida sejam de sofrimento, dor e custos elevados.

Integrar o conhecimento, a teoria, a aplicação dos instrumentos e sua rotina é fundamental para que essa lógica de cuidado notabilize-se em nosso País, e mais, para que os setores públicos e de saúde suplementar possam oferecer uma melhor assistência ao grupo etário que mais cresce em todo o mundo. Se não mudarmos o modelo assistencial para o idoso, a perspectiva para os próximos anos será soturna.

O objetivo principal deste documento, portanto, é desenhar modelos de cuidado mais efetivos e cenários adequados às características da população idosa.

A transição demográfica

Todas as projeções demográficas feitas na década de 1980 sobre o crescimento do grupo etário dos idosos confirmaram-se. Se houve algum erro, foi por subestimação, pois os números revelaram-se ainda mais expressivos do que então se imaginava¹⁻³.

A ampliação da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Chegar à velhice era privilégio de poucos, mas passou a ser a norma no Brasil e também em países menos desenvolvidos (segundo dados do Censo Demográfico de 2022 do IBGE, encontramos no Brasil 37.814 pessoas com 100 anos ou mais!). Houve uma melhoria substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que isso não ocorra de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Essa conquista maior do século XX implica, no entanto, um grande desafio: cuidar bem desse grupo etário e agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma publicação orientada para respostas políticas tendo em vista a promoção do envelhecimento ativo definido como um processo de otimização das oportunidades para promoção da saúde, participação e segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. A partir dessa primeira definição, são identificados os três pilares essenciais desse novo paradigma: saúde, participação e segurança^{4,5}.

O pilar da saúde transcende o campo estritamente físico – com base em investigação desenvolvida no âmbito de várias áreas científicas – para englobar também os campos da saúde mental e do bem-estar social, todos recomendados para intervenção no nível das políticas públicas.

No Brasil, a mudança da configuração etária com o avanço do segmento da terceira idade é um fenômeno relativamente recente. O crescimento da população brasileira foi elevado nos últimos 70 anos. E o aumento da população idosa tem sido muito mais intenso, quando comparado ao cenário global.

Em 1950, a população brasileira total era de 54 milhões de habitantes, passou para 213 milhões em 2020, devendo alcançar 229 milhões em 2050 e depois cair para 181 milhões de habitantes em 2100. O crescimento absoluto foi de 3,3 vezes em 150 anos (menor do que as 4,3 vezes do crescimento da população mundial)⁶.

Nesta perspectiva, a queda da população brasileira já se mostra ativa, pois houve uma significativa redução no último censo, ou seja, a população brasileira já está diminuindo.

Se o crescimento total da população brasileira foi elevado, o aumento da população idosa no país tem sido muito mais intenso do que no cenário global. O número de brasileiros idosos de 60 anos e mais era de 2,6 milhões em 1950, passou para 29,9 milhões em 2020 e alcançará 72,4 milhões em 2100 (crescimento absoluto de 27,6 vezes). Em termos relativos, a população idosa de 60 anos e mais representava 4,9% do total de habitantes de 1950, passou para 14% em 2020 e deve atingir o impressionante percentual de 40,1% em 2100 (aumento de 8,2 vezes no peso relativo entre 1950 e 2100).

O número de idosos de 65 anos e mais era de somente 1,6 milhão em 1950, passou para 9,2 milhões em 2020 e deve alcançar 61,5 milhões em 2100. O crescimento absoluto está estimado em 38,3 vezes. Em termos relativos, a população idosa de 65 anos e mais representava 3% do total de habitantes de 1950, passou para 9,6% em 2020 e deve atingir mais de um terço (34,6%) em 2100 (um aumento de 11,5 vezes no percentual de 1950 para 2100)⁶.

Os idosos de 80 anos e mais eram 153 mil em 1950, passaram para 4,2 milhões em 2020 e devem alcançar 28,2 milhões em 2100. O crescimento absoluto foi de espetaculares 184,8 vezes em 150 anos. Em termos relativos, a população idosa dessa faixa etária representava somente 0,3% do total de habitantes de 1950, passou para 2% em 2020 e deve chegar a 15,6% em 2100 (aumento de impressionantes 55,2 vezes sobre o percentual de 1950 para 2100).

É importante destacar que o número total de brasileiros atingirá o pico populacional de 229,6 milhões de habitantes em 2045, conforme a revisão 2019 das projeções da ONU (novamente uma

advertência, a projeção da ONU para o Brasil está subestimada). Mas o número absoluto de idosos vai continuar crescendo, sendo que o pico de idosos de 60 anos e mais (79,2 milhões de pessoas) e de 65 anos e mais (65,9 milhões) será alcançado em 2075. O pico de idosos de 80 anos e mais (28,5 milhões) será somente em 2085. Nas duas últimas décadas do século XXI, o número absoluto de idosos vai diminuir. Todavia o percentual de idosos continuará subindo, trazendo novas responsabilidades e oportunidades⁷.

Todos esses dados mostram que o futuro do século XXI será grisalho, ou seja, o percentual de idosos no mundo alcançará patamares jamais vistos na história. O caso brasileiro não é muito diferente, mas nosso processo de envelhecimento populacional é mais robusto, com percentuais de idosos bem acima dos percentuais globais. Do ponto de vista demográfico, esse é um tema de crucial importância, já que os países ricos registraram crescimento etário gradual ao longo de todo o século XX e, com seu poderio econômico, tiveram muito mais tempo para oferecer a essa parcela da população melhor estrutura e facilidades.

O Brasil precisa assumir como tarefa a garantia de qualidade de vida dos seus idosos, os quais, assim como grande parte da população, têm baixa escolaridade e pouca proteção social. Sofrem ainda, no campo da saúde, com múltiplas patologias crônicas⁸ (conjunto de doenças relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades). Requerem intervenções associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo, que exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes⁹, gerando impacto econômico para a sociedade¹⁰ em função da demanda crescente por serviços de saúde. As internações hospitalares dos idosos tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado com outras faixas etárias. Há, portanto, uma enorme implicação econômica, previdenciária e social.

O envelhecimento humano não pode ser visto como um peso. Precisamos alocar políticas sociais para esse público. No campo da saúde, devemos manejar os cuidados de uma forma mais contemporânea e

adequada para garantir esse patrimônio de saber e experiência sem que isso resulte em custos excessivos para o setor. Também será necessário ampliar¹¹ e qualificar os profissionais de saúde para o cuidado das doenças crônicas.

Precisamos edificar um arquétipo inovador e de qualidade, uma vez que o modelo atual encontra-se defasado e motivador do mau atendimento e da crise na saúde, particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo.

A modelagem dessa nova matriz deve discutir e detalhar os tópicos apresentados no decorrer deste artigo.

Doença crônica e modelo assistencial

No Brasil, a principal causa de mortalidade e morbidade são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo difíceis de prever. Os transtornos neuropsiquiátricos constituem a maior parcela dessas DCNTs¹².

Em seu relatório publicado em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³ assinala que, das 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões (ou seja, 42%) eram prematuras e evitáveis (Carvalho, Marques & Silva, 2016). Como a despesa com cuidados relativos a essas doenças sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados¹⁴.

As enfermidades crônicas incluem tradicionalmente: doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doenças crônico-degenerativas. Como as taxas de sobrevivência têm melhorado, esse conjunto de doenças também passou a incluir muitos tipos de câncer, HIV/aids, distúrbios neuropsicológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiências visuais e auditivas. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado e oportuno.

Muitas dessas doenças crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje muitos autores e instituições definam seus portadores como “pacientes crônicos em situação de complexidade”, o que é determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo está a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente com diferentes episódios de idas ao hospital durante um mesmo ano, a diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e a polimedicação. Além disso, pode haver fatores adicionais como idade avançada, viver sozinho ou com pouco apoio familiar e episódios de quedas, entre outros¹⁵.

Diversas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso a medicamentos e equipamentos necessários, bem como estratégias de estímulo à adesão ao tratamento pelo paciente, estendendo-se à assistência social. No entanto, hoje, a maioria dos cuidados de saúde e dos serviços ainda está estruturada em torno de episódios agudos.

Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos em todo o mundo. Deve-se ressaltar que a melhora da qualidade de vida da população é fruto de uma série de fatores, entre os quais o avanço tecnológico presenciado em diversos campos do conhecimento e da ciência contemporânea.

A necessária mudança do sistema de cuidado em saúde da pessoa idosa: o foco não pode ser a doença

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram o crescimento do contingente de idosos e uma

maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Se essa parcela da população aumenta, ampliam-se naturalmente as doenças crônicas e os gastos¹⁶; um dos resultados disso é a demanda crescente por serviços de saúde, que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. As internações hospitalares tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, se comparado com outras faixas etárias, pois as doenças que acometem os idosos são majoritariamente crônicas e múltiplas, ou seja, exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes¹³.

Ao longo da última década, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é evidenciada pela significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, pela redução da incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como pela diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens¹⁷.

Um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais é o foco exclusivo na doença. Lamentavelmente, a ação preventiva ainda é vista como uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais. Contudo, deveria ser compreendida como uma estratégia que, em médio e longo prazos, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo¹⁸.

Todas as evidências indicam que os sistemas de saúde baseados na biomedicina terão, progressivamente, problemas de sustentabilidade. Tal constatação sugere que os programas voltados para o público idoso devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, para gerenciar não a doença, mas o indivíduo, fazendo bom uso das tecnologias disponíveis, trabalhando com informações de qualidade e monitoramento frequente. O médico especialista, o hospital, os fármacos, os exames clínicos e de imagem também fazem parte do modelo ideal de saúde, mas o protagonismo deve ser dado às instâncias leves e ao acompanhamento desse cliente pelo seu médico¹⁹.

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos²⁰. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficiência e eficácia deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

Por que o discurso é tão diferente da prática?

Antes do aprofundamento na proposta de modelo assistencial, uma questão precisa ser discutida previamente. Existe um consenso: todos, sem exceção, mostram-se favoráveis a essa nova linha de cuidado. A maioria, no entanto, faz tudo em oposição ao seu discurso.

O modelo de assistência à saúde da pessoa idosa bem realizado é uma exceção. No excelente trabalho da Agência Nacional de Saúde (ANS), coordenado pela Dra. Martha Oliveira em 2018²¹, podemos observar a distância entre o discurso e a prática.

Já ultrapassamos a fase da novidade e dos clichês bastante conhecidos e atualmente aceitos por todos – até mesmo por aqueles que não os praticam. É algo louvável falar dos marcos teóricos ou das políticas que têm por objetivo permitir um envelhecimento saudável – que significa manter a capacidade funcional e a autonomia, bem como a qualidade de vida, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como foco a prevenção de doenças. Importantes organismos nacionais e internacionais de saúde defendem esse conceito há muitos anos^{15, 22}. Mas o passo adiante precisa ser dado²³.

Propomos uma reflexão: se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada? Por que a teoria não se traduz na prática do dia a dia? Por que líderes e gestores não promovem a mudança?

Para que o setor de saúde – particularmente no segmento dos idosos – se organize, um dos itens a ser considerado é a desconfiança. Hoje a sociedade desconfia do que é ofertado. Nesse clima, qualquer

proposta de mudança é vista com reservas. Tudo que é multifatorial e foi construído ao longo de muitos anos é difícil de transformar. Mudar uma cultura não é simples. Essa assertiva precisa ser considerada.

Outro gargalo é a qualidade assistencial, ainda pouco valorizada. É um tema de enorme importância, que demanda maior conscientização de profissionais de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas serviços qualificados são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes.

Outra questão: existe a compreensão geral de que o cuidado do idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção funcional. Mas ainda temos, principalmente na saúde suplementar, muita dificuldade para entender essas ações como parte integrante do cuidado. Existe uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”.

E que tal discutirmos o modelo de remuneração dos profissionais de saúde? Reconhecemos que são mal remunerados, então por que não adotamos o pagamento por desempenho? Associar a discussão de resultado com a forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor na busca pelo que é certo. Assim, “pagamento por performance”, “pagamento por resultado” ou “pagamento por desempenho” tornam-se sinônimos na luta pelo alinhamento entre acesso e qualidade assistencial. A mudança do modelo de remuneração a partir desse novo marco de assistência, focado no resultado e não no volume, precisa necessariamente ser um modelo do tipo ganha-ganha, em que todos os envolvidos sejam beneficiados, mas principalmente o próprio paciente.

Para pôr em prática todas as ações necessárias a um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso, com foco nesse indivíduo e em suas particularidades.

Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para a população idosa, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo^{8,24}.

Agora que já sabemos o que é preciso, é momento de termos competência para arregimentar esforços que transformem a teoria em um modelo de saúde de qualidade para todos, incluindo os idosos. Não desejamos que o SUS se fragmente ou que aumente o número de falências entre as empresas de assistência médica privada.

Uma certeza todos temos: a cada ano que passa, o custo da saúde aumenta e a qualidade assistencial piora. Um sistema assim torna-se insustentável. É hora de pôr em prática o que todos defendem, mas não fazem.

Envelhecimento e saúde

A saúde pode ser definida como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças⁸. Assim, uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários, para manter as pessoas em seus lares. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso²⁵.

No livro “Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos”, Michael Porter e Elizabeth Teisberg (2009) defendem que a saúde precede a assistência. Para eles, é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis. Nesse escopo, afirmam que a saúde deve envolver a preparação para o serviço que aumenta a eficiência da cadeia de valor¹ (conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com os fornecedores, ciclos de produção e venda até à fase da distribuição final), a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica, a garantia de acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

Os sistemas de saúde são constituídos por alguns pontos de atenção – os quais não funcionam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado; e a porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital. Tal modelo, além de inadequado e anacrônico, tem péssima relação custo-benefício, pois faz uso intensivo de tecnologias caríssimas. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos clientes, mas ao modelo assistencial praticado, que sobrecarrega os níveis de maior complexidade em função da carência de cuidado nos primeiros níveis. O atendimento domiciliar, para alguns casos, pode ser uma alternativa. O *home care* não deve ser visto como um modismo, apenas uma modalidade (Veras, 2020b) mais contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é que é algo recente, pois até bem pouco tempo atrás o cuidado ocorria na residência²⁶.

Uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças²⁷ oferecido aos beneficiários do *Medicare* (sistema de seguro-saúde para idosos gerido pelo governo norte-americano) demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas²⁸ e que os médicos se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de gerenciamento de doenças, possivelmente reduzindo seus ganhos, além de interferir na relação médico-paciente. Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm relação custo-benefício bastante baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade dessa patologia. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda gama de necessidades²⁹. Se não for assim, o problema dificilmente será resolvido, pois as demais doenças e suas fragilidades serão mantidas. Além disso, os recursos serão utilizados inadequadamente³⁰.

A informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce (em especial em relação às doenças crônicas), retardando o aparecimento desses agravos, melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica. A determinação das condições de saúde da população idosa deve considerar o estado global de saúde, ou seja, levar em conta um nível satisfatório de independência funcional e não apenas

a ausência de doença. Dessa forma, pensa-se como paradigma de saúde do idoso a ideia de funcionalidade, que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano, pois trata da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para a realização de atividades no cotidiano^{20,31}.

Bem-estar e funcionalidade são complementares. Significam a presença de autonomia – capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções – e independência – capacidade de realizar algo com os próprios meios –, permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. Cabe ressaltar que a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos distintos³¹. Existem pessoas com dependência física que são perfeitamente capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que apresentam condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não para escolher com segurança como, quando e onde se envolver nessas atividades²⁰.

A avaliação funcional define, então, a estratificação e a alocação corretas do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser capaz de antecipar seu comportamento assistencial. A autonomia funcional é um importante preditor da saúde do idoso, mas avaliar sistematicamente toda a população idosa utilizando escalas longas e abrangentes não é o ideal. Há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde validados e traduzidos para o português.

A abordagem em duas fases, concentrando a avaliação completa apenas nos idosos em situação de risco e captados por um processo de triagem, é mais eficaz e menos onerosa. Para a primeira fase, da triagem rápida, deve-se utilizar um instrumento que atenda aos seguintes critérios:

- ser simples e seguro;
- ter tempo de aplicação curto e baixo custo;
- ter precisão para detectar o risco investigado;
- ser validado para a população e para a condição a ser verificada²

- ter sensibilidade e especificidade aceitáveis;
- apresentar um ponto de corte bem definido.

No primeiro contato, sugere-se a utilização do Prisma-7, desenvolvido no Canadá e destinado ao rastreamento²⁶ do risco de perda funcional do idoso¹³. Composto de sete itens, com validação e adaptação transcultural do questionário para o Brasil, mostrou que o ponto de corte referente à pontuação 4 (quatro ou mais respostas positivas) é o ideal. O instrumento não requer material especial, qualificação ou longo treinamento, podendo inclusive ser autoaplicado. O tempo de aplicação é de três minutos e os níveis sociocultural e de escolaridade não influenciam na compreensão das questões.

O Prisma-7 tem sido utilizado sistematicamente na porta de entrada do sistema de saúde do Canadá e pela *British Geriatrics Society* e pelo *Royal College of General Practitioners*, na Inglaterra, como instrumento de rastreio para perda funcional e fragilidade³².

A inovação necessária

As transformações socioeconômicas e suas consequentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que são hoje um sério problema de saúde pública³³.

O que aqui se propõe é fazer o necessário de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo: o próprio paciente³⁴. A atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede^{9,34}. O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização do usuário. Uma vez identificado o risco, a prioridade é intervir antes que o agravo ocorra, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade. A ideia é monitorar a saúde, não a doença, dentro da lógica de permanente acompanhamento, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção³⁵.

É necessário obter melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Para isso é preciso que todos entendam a necessidade de mudanças e que se permitam inovar no cuidado, na forma de remunerar e na avaliação de qualidade do setor.

Tudo isso resultará em benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para esse segmento populacional, mas para a saúde brasileira como um todo¹⁹. Os efeitos dessa mudança de modelo serão percebidos de imediato pelos usuários. E a transformação do sistema de saúde rumo à sustentabilidade ficará evidente a médio prazo.

O modelo de cuidado

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 95% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, esse médico deve utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia...), mas é o generalista quem faz a indicação e o encaminhamento³⁶.

O modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), tem como figura central o médico generalista de alta capacidade resolutiva, o chamado *general practitioner* – GP³ (no Reino Unido, o *general practitioner* (GP) é um médico diferenciado, com salário maior que o de um especialista e muito valorizado pela sociedade britânica. São considerados os “verdadeiros médicos”, pois sabem “de tudo”), que estabelece um forte vínculo com o paciente²⁷. O acesso a esses profissionais é garantido a todos independentemente de renda ou condição social, à semelhança do nosso Sistema Único de Saúde (SUS)³⁷. Ao fazer seu registro com um GP, o cidadão britânico recebe assistência médica pública e gratuita em unidades de saúde compostas por médicos generalistas e enfermeiros. Qualquer atendimento necessário, desde que não seja de extrema urgência ou em função de algum acidente, será feito ali³⁸. O modelo norte-americano, por outro lado, opta pelo encaminhamento do paciente para inúmeros médicos especialistas. São dois países ricos, de grande tradição na medicina. Utilizam, no entanto, sistemas diferentes, que proporcionam resultados também bastante distintos³⁹.

Um estudo recente da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) em países desenvolvidos mostra a diferença dos custos de saúde nos Estados Unidos em comparação com outros países ricos e de boa qualidade assistencial⁴⁰ – onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são^{28,31} mais volumosas do que nos países em desenvolvimento. Ainda assim, o gasto dos norte-americanos é muito superior. Em 2017, foi de US\$ 10.224 por pessoa, 28% maior que a Suíça e mais que o dobro do Reino Unido. Esses dados reforçam que investir maciçamente em tratamento de doenças não é suficiente.

Um médico especialista é tido pelo senso comum como mais limitado, pois só domina uma especialidade. Para o cidadão britânico, médico bom é o GP.

Em alguns países, a acreditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, porém, valoriza-se e premia-se o volume. Falta uma política de estímulo à qualidade. Os pacientes nem sempre a reconhecem como uma necessidade, e tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional. Apesar de esses pressupostos serem aceitos pela imensa maioria dos gestores de saúde, muito pouco é realizado. Por este motivo, para um modelo de cuidado adequadamente estruturado²⁵ alguns elementos não podem faltar (O Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741, em outubro de 2003, é um conjunto de leis que tem por objetivo defender e proteger os cidadãos considerados idosos, aqueles que têm idade a partir de 60 anos⁴¹).

No Brasil, o que se observa é um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência seguiu a lógica norte-americana e prioriza a fragmentação do cuidado²⁸. A qualidade assistencial demanda maior conscientização de gestores de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas bons serviços são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes.

O modelo que propomos é estruturado em instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais

de saúde, todos muito bem treinados, e pela utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreamento, além do uso de tecnologias de monitoramento³¹. É de fundamental importância, sobretudo nos dias de hoje, que as informações dos clientes e seus prontuários eletrônicos estejam disponíveis em nuvem, acessíveis por computador ou celular a qualquer momento e em qualquer lugar, para que médicos e demais profissionais de saúde possam monitorar o cliente quando necessário⁴².

O esforço deve ser empreendido para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e sua participação social. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos⁴³.

Defendemos que as carteiras de clientes sejam compostas de indivíduos a partir dos 50 anos. Cedo demais? Nem tanto.

Mesmo não sendo idosos, a epidemiologia mostra que é a partir dessa idade que as doenças crônicas começam a se manifestar. E quanto mais precocemente for estabelecida a estrutura de um modelo de educação em saúde e prevenção, maiores serão as chances de sucesso.

No entanto, também é possível estabelecer um ponto de corte para início aos 55 anos ou aos 60. No Brasil, o envelhecimento humano é estabelecido a partir dos 60 anos de idade¹⁷.

Temos como base uma dupla de profissionais: um médico geriatra e um enfermeiro gerontólogo. Eles têm a responsabilidade de acompanhar a saúde de uma carteira de cerca de 800 clientes. Prevemos 20 horas de trabalho semanal do médico e 25 horas para o enfermeiro. O médico faz a gestão clínica; o enfermeiro, com especialização em Gerontologia, atua como gerente de cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo com a família do idoso.

Uma avaliação funcional breve é feita no primeiro contato. Permite um marco zero de monitoramento e serve de parâmetro para o acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. O gerente de cuidados é responsável pela transição

do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou sempre que necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo. Sua função é de extrema importância para o modelo proposto e sua atuação segue a mesma lógica do navegador (*navigator*) no sistema norte-americano, criado para orientar os pacientes mais frágeis.

A função do navegador está presente em algumas operadoras dos Estados Unidos e seu papel é central nessa proposta. De acordo com a Associação Médica Americana, é responsabilidade desse profissional o gerenciamento do cuidado do usuário ao longo dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, verificando se as prescrições e orientações estão sendo cumpridas³⁴.

Além do geriatra e do enfermeiro, a equipe multidisciplinar é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e oficinairos (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas vinculadas ao programa). Todas as vezes que forem identificadas necessidades de atendimento dos usuários em outros níveis de atenção, os encaminhamentos serão direcionados para os especialistas, mas sempre a partir do médico generalista.

Importante frisar que o modelo não mantém médicos especialistas, a não ser por algumas exceções, quando em uma unidade há um grande número de idosos frágeis. Neste caso, recomendam-se seis áreas de especialidades médicas relacionadas ao modelo, pois fazem parte das avaliações anuais, ou atuando no auxílio ao médico generalista, em decorrência de sua especificidade, demanda e alta prevalência. Essas seis especialidades são de áreas nas quais se realizam anualmente exames preventivos de controle, a saber: Cardiologia, Ginecologia, Uro-proctologia, Dermatologia, Fonoaudiologia e Oftalmologia. Uma observação: desses profissionais listados, o especialista em Otorrinolaringologia não precisa ser um médico, mas sim um fonoaudiólogo.

A consulta com as especialidades aqui relacionadas somente será possível a pedido do médico generalista do paciente. Assim, fica explícito que não se assumem os demais especialistas caso o cliente precise do cuidado de outra especialidade. O mesmo raciocínio

ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter conhecimento do caso e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação.

O ingresso

O ingresso ocorre por meio de uma ação denominada “acolhimento”, que acontece em duas etapas. A primeira tem cunho administrativo e institucional, quando é feita ampla exposição das ações propostas, enfatizando sobretudo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O usuário tem assim uma compreensão abrangente e didática do modelo e de toda a dinâmica de cuidados diferenciados que serão ofertados, visando melhorar sua saúde e qualidade de vida. Do mesmo modo, a participação do idoso deve ser incentivada, porque faz parte desse modelo de atenção à saúde²⁴.

Na segunda fase do acolhimento se inicia o atendimento propriamente dito. E, como informado anteriormente, para organizar o acesso aos níveis do modelo, aplica-se um questionário de identificação de risco (IR), o Prisma-7³⁵. Ao término da aplicação desse instrumento de triagem rápida, o resultado obtido vai para o sistema de informação. Em seguida, o paciente é submetido aos demais instrumentos que fazem parte da avaliação funcional. Essa avaliação funcional é realizada em duas fases, e para tal são utilizados dois instrumentos, ambos de reconhecida confiabilidade e adotados pelos mais importantes grupos de pesquisa em geriatria.

O IVCF-20 (<https://sistema.medlogic.com.br/ngIVCF20/ge/standalone/671/646>) avalia oito dimensões: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, prensão e pinça; capacidade aeróbica/ muscular; marcha e continência esfínteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo⁴⁴ com o desempenho do idoso, no total de 40 pontos. Além das perguntas,

algumas medidas como a circunferência da panturrilha, a velocidade da marcha e o peso/índice de massa corporal são incluídas para aumentar o valor preditivo do instrumento²⁴.

A pontuação gera três classificações: de 0 a 6 pontos, o idoso tem provavelmente baixa vulnerabilidade clínico-funcional e não necessita de avaliação e acompanhamento especializados; de 7 a 14 pontos, verifica-se risco aumentado de vulnerabilidade, que vai apontar necessidade de avaliação mais ampla e atenção para identificação e tratamento apropriado de condições crônicas; com 15 ou mais pontos²⁶, considera-se alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, que exigem avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico-gerontológico e com suporte psicossocial^{5,12}. O grupo coordenado pelo professor Edgar Moraes^{8,45}, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), disponibilizou on-line o instrumento.

A Escala de Lachs é utilizada após o ICFV-20. Ela visa detalhar alguns tópicos e permite uma robustez maior para os resultados. Essa estratégia de utilizar os dois melhores instrumentos epidemiológicos busca ampliar a confiabilidade dos resultados.

Escala de Lachs⁴⁶ – composta por 11 itens (perguntas, aferições antropométricas e testes de desempenho) para avaliação das áreas mais comumente comprometidas na pessoa idosa: visão, audição, membros superiores e inferiores, continência urinária, nutrição, cognição e afeto, atividades de vida diária, ambiente domiciliar e suporte social. A aplicação desse instrumento permite, de maneira rápida e sistematizada, identificar os domínios funcionais que deverão ser posteriormente avaliados mais detalhadamente para o estabelecimento de diagnóstico e planejamento de intervenções.

- Escala de Katz – avalia as atividades de autocuidado na vida diária⁴⁷.
- Escala de Lawton – avalia atividades instrumentais^{48,49}.
- Mini avaliação nutricional⁴⁵.
- Escala de Tinetti – teste de equilíbrio e marcha⁵⁰.

- Cartão de Jaeger – avalia a acuidade visual⁵¹.
- Miniexame do estado mental – Teste de Folstein⁵².
- Escala de Yesavage – escala de depressão geriátrica^{47,53}.

Além da identificação de risco e dos protocolos de rastreio, os demais instrumentos epidemiológicos serão utilizados anualmente. O médico e o gerente de acompanhamento, além da equipe interprofissional geriátrica, farão avaliações mais detalhadas, a fim de propor um plano de intervenção. Essas informações serão coletadas e arquivadas até o fim do percurso assistencial. Após essa avaliação, é definido um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas²⁴, encaminhamento para equipe multidisciplinar, centro de convivência e, se for o caso, avaliação de especialistas médicos.

É então aberto um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, no qual estarão armazenadas as informações de todas as instâncias de cuidado do modelo assistencial, desde o primeiro contato até o cuidado paliativo na fase final da vida. Esse registro deve conter informações sobre a história clínica e os exames físicos do paciente idoso, mas é essencial que tenha informações sobre seu dia a dia, sua família e seu apoio social, entre outras. Deverá também contar com os dados fornecidos pelos demais profissionais não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos etc. A participação da família, a explicação das atividades e os *screenings* epidemiológicos são outros importantes diferenciais desse produto. A informação sobre todos os procedimentos é fundamental para o monitoramento do cliente⁴.

Um dos principais fatores para controle de custos do programa é o acompanhamento em cada instância de cuidado. Não há lacuna na atenção ao paciente quando este é encaminhado à rede assistencial, quando necessita de cuidados terciários ou atenção em nível hospitalar⁵³. A transição entre instâncias é acompanhada pela equipe de gestão, que preza pela fluidez no fluxo de informações, aproximando os profissionais assistentes e buscando preservar o princípio da direção predominante da dupla formada por médico geriatra e enfermeiro.

O controle das hospitalizações realiza-se por meio de um fluxo que tem o objetivo de assistir o cliente, garantindo que os responsáveis pelo atendimento conheçam seu histórico clínico e terapêutico, além do entendimento de que essa pessoa tem um acompanhamento frequente e deve retornar para a sua equipe de saúde quando o agravamento clínico for superado⁵⁴.

Em caso de internação, o monitoramento do paciente é feito diariamente por duas vertentes. Em uma delas, o enfermeiro mantém contato com a família para dar apoio, esclarecimento ou identificar necessidades (do paciente ou da própria família). A outra vertente envolve o gestor de prevenção, que atua como elo entre ambulatório e hospital, fazendo acompanhamento diário com o médico assistente hospitalar. Nos hospitais onde existe a figura do médico internista, esse contato é facilitado e direto. Nos demais, o apoio é dos médicos auditores ou da equipe assistente.

Dessa forma, nos momentos em que o idoso necessita de hospitalização, esta ocorre em tempo menor, evitando procedimentos desnecessários ou internações em unidade intensiva, garantindo direcionamento pós-alta³² para a instância leve, sem necessidade de consulta a vários especialistas⁵⁵. Tudo converge para uma qualidade assistencial superior, com significativa redução de custos e impacto positivo na sinistralidade⁵⁶.

Tecnologia como diferencial

Um sistema de informação de qualidade superior e tecnologia leve é essencial para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, esse projeto não é viável; por isso, deve-se ter competência para utilizar ao máximo seu potencial.

Um exemplo: o cliente, ao passar pela porta de entrada do centro de saúde, tem seu rosto identificado, o que abre de forma instantânea seu prontuário na mesa da recepcionista. Ao recebê-lo, ela o chama pelo nome, pergunta pela família e confere a lista de remédios que está tomando.

Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informativos

individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas. O app poderá, entre outras ações, solicitar que o cliente faça uma foto do seu café da manhã e a envie para a nutricionista⁴⁰, que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc.

São ações absolutamente simples, mas que agregam enorme confiança ao relacionamento, fazendo com que o cliente se sinta protegido e acolhido desde o primeiro momento.

O sistema de informação, que se inicia com o registro do usuário, é um dos pilares do programa. Por intermédio dele, todo o percurso assistencial será monitorado em cada nível, verificando a efetividade das ações e contribuindo para a tomada de decisão e o acompanhamento. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, que acompanha o cliente desde o acolhimento, fornecendo uma avaliação integral do indivíduo.

O atual contexto de pandemia e isolamento social propiciou diversos desafios à prática da medicina. Neste modelo, pode-se ampliar o contato com o cliente, pois, além dos encontros presenciais, há a incorporação das consultas via telemedicina⁵⁷. O objetivo não é substituir a consulta presencial, mas flexibilizar e facilitar os horários e dias de consulta, já que médico (ou enfermeira) e paciente não precisarão se deslocar.

A busca da inovação e do uso da tecnologia de ponta propicia um estreitamento do contato da equipe de saúde com o cliente e seus familiares. Com uma plataforma desenhada especificamente para esse cuidado, o contato dos gerontólogos será ampliado, viabilizando inúmeras ações individuais ou em grupo envolvendo nutricionista, psicólogo ou fisioterapeuta, com aconselhamento e ampliação do contato com os clientes.

Além da equipe interdisciplinar que presta atendimento presencial, o modelo conta com uma equipe de médicos e enfermeiros atuando em modo virtual. É o canal de relacionamento GerontoLine, que garante aos usuários uma cobertura em tempo integral. No modo passivo, recebe ligações dos clientes para orientações; no modo ativo, entra em contato periodicamente com os pacientes, mantendo-os no

“radar de cuidados”. Favorecendo essa interação, os profissionais da coordenação de cuidados (on-line) têm acesso às principais informações do histórico de saúde de cada paciente.

O GerontoLine diferencia-se dos *call centers*, tão comuns nos serviços de saúde tradicionais, os quais normalmente funcionam com pessoas mal preparadas, que abusam do “gerundismo”⁵⁵ e não oferecem nenhum suporte se a pergunta ou dúvida do cliente estiver fora do *script*.

No GerontoLine, que funciona 24 horas por dia e em todos os dias da semana, a ligação é atendida por profissionais de saúde treinados e com acesso ao prontuário do paciente – com totais condições, portanto, de resolver problemas⁵⁸. Havendo necessidade de chamar uma ambulância no meio da noite, esse profissional faz todo o encaminhamento. No caso de uma chamada durante a madrugada, esse atendente passará uma mensagem para o médico, informando o motivo do contato. Assim, logo no início da manhã, o médico pode tomar as primeiras providências. Ou seja, o paciente e seus familiares se sentem protegidos, pois sabem que em caso de necessidade, há um serviço qualificado de telefonia.

Para o bom funcionamento do GerontoLine é necessário um excelente prontuário⁷, que aborde não apenas as questões clínicas, mas também as comportamentais, sociais e familiares, pois para esse modelo é necessário que haja uma visão global das demandas do cliente. Outro diferencial são os instrumentos de avaliação epidemiológica – que é feita na primeira consulta e será repetida todo ano ou em período menor, caso haja alguma necessidade extra.

Pagamento por desempenho

O modelo hegemônico de remuneração dos serviços de saúde em muitos países, tanto em sistemas públicos, quanto naqueles orientados ao mercado de planos privados de saúde, ainda é o de *fee for service* (remuneração por desempenho), caracterizado, essencialmente, pelo estímulo à competição por usuários e remuneração por quantidade de serviços produzidos (volume). Não

adianta mudar o modelo de remuneração⁵⁹ sem alterar o modelo assistencial e vice-versa, pois os dois são interdependentes.

Alguns dos problemas do sistema de saúde brasileiro (em especial o suplementar) que afetam, primordialmente, o idoso são consequências do modelo adotado há décadas. Para dar conta dessa nova e urgente demanda da sociedade, modelos alternativos de remuneração devem ser implementados para romper o círculo vicioso de sucessão de consultas fragmentadas e descontextualizadas da realidade social e de saúde da pessoa idosa, além da produção de procedimentos desconectados do desfecho esperado⁶⁰.

A remuneração atrelada ao desempenho é uma recompensa que contempla os resultados em determinado período. Como os requisitos técnicos e comportamentais exigidos dos profissionais nesse modelo são de alto padrão, pretende-se que a remuneração proposta tenha a adequada equivalência.

O pagamento por desempenho estabelece níveis de bônus que podem chegar a 30% a mais na remuneração no trimestre. A cada três meses, é feita uma avaliação do desempenho do profissional a partir de indicadores previamente determinados. Considerando que existe a necessidade de quatro consultas médicas/ano como premissa do programa, é exigida uma consulta por trimestre para a totalidade dos clientes vinculados ao médico.

São pré-requisitos da bonificação a assiduidade e a pontualidade, fundamentais para a garantia do quantitativo de consultas, que é fator de qualidade do funcionamento do serviço. Outra exigência para participar do programa de pontuação para pagamento do bônus é o registro adequado das informações de cada paciente, bem como de suas eventuais internações. Essas constituem o principal fator de custo, assim, o controle rígido pela equipe determina o sucesso econômico-financeiro de qualquer iniciativa ou projeto.

Outro princípio básico é a resolutividade do médico geriatra. De acordo com estudos internacionais³⁸, médicos generalistas podem resolver de 85% a 95% das situações clínicas da clientela. Os encaminhamentos para especialidades

clínicas devem ser exceção. Se o médico encaminhar até 10% dos clientes da sua carteira no trimestre, estará demonstrada uma boa capacidade resolutiva, merecedora de pontuação.

O engajamento dos usuários do programa pela equipe multidisciplinar e pelo Centro de Convivência determina o vínculo do cliente e a resolutividade. Com isso, foi incluído um item que avalia a participação dos associados de cada carteira em consultas com os gerontólogos da equipe e nas atividades coletivas do Centro de Convivência, valendo pontos para a bonificação.

A sinistralidade é o principal indicador econômico-financeiro estabelecido para avaliação do programa, razão pela qual foi conferido peso maior a esse item, podendo o médico ganhar até dois pontos na avaliação de seu desempenho. O que está sendo exigido é a excelência do cuidado, sendo justo o estímulo aos profissionais dentro da premissa de ganha-ganha.

Outra modalidade de premiação envolve a concessão de folgas, a compra de livros e o pagamento de cursos de pós-graduação.

Não há dúvidas de que modelos de pagamento por desempenho serão uma realidade em nosso país. Os profissionais do setor de saúde devem se dar conta de que essa não é uma questão de quando ou se ocorrerá, mas de como ocorrerá^{35,61}.

Grupos terapêuticos

Os grupos terapêuticos são uma estratégia de abordagem coletiva com pacientes que apresentam a mesma comorbidade. Em rodas de conversa e palestras interativas, os participantes terão a oportunidade de compreender melhor a patologia abordada e tirar suas dúvidas, gerando uma ação autopreventiva.

A duração do grupo vai depender do tema abordado. Em cada turno, 60 minutos serão dedicados a essa ação, que reunirá de 5 a 10 participantes. Os assuntos abordados serão definidos conforme a demanda real da carteira de clientes.

Oficineiros

Essa é a designação habitualmente dada aos instrutores das atividades realizadas diariamente no âmbito do Centro de Convivência. Esses profissionais são gerontólogos especializados nas práticas que desempenham.

Uma agenda de atividades semanais é oferecida aos clientes, que escolhem as de maior interesse. Eles têm a opção de participar de uma ou mais, conforme demanda.

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

A avaliação das atividades de vida diária (banho, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação), das atividades instrumentais (usar telefone, fazer compras, preparar alimento, controlar medicamentos, finanças) e da mobilidade (equilíbrio, velocidade de marcha e força em membros) pode contribuir para gerar informações importantes para a tomada de decisões, mapeando fatores de proteção e risco individuais⁶².

As atividades médico-sanitárias de educação para saúde podem ampliar seu foco de atenção para dimensões positivas da saúde, para além do controle de doenças específicas⁶³.

A triagem auditiva e visual e o auxílio no gerenciamento do uso de múltiplos medicamentos – “a polifarmácia” – antecipam a detecção de problemas, contribuindo para o cuidado. Hábitos saudáveis (fatores de proteção) incluem alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional e ações de bem-estar no campo da nutrição (cozinha para diabetes, osteoporose)⁵¹.

Centro de convivência

Com o gradativo aumento da população idosa, surgiram alguns programas educacionais voltados principalmente para o lazer. A primeira experiência brasileira de educação para adultos maduros e idosos

foi implementada pelo Serviço Social do Comércio (SESC) com os grupos de convivência. Eles surgiram na década de 1960, com programação elaborada com base em atividades de lazer. Eram assistencialistas, pois não ofereciam instrumentos necessários para os sujeitos recuperarem a autonomia desejada. A partir da década de 1980, as universidades começaram a abrir espaço educacional para a população idosa e para profissionais interessados no estudo das questões do envelhecimento, predominando a oferta de programas de ensino, saúde e lazer⁶⁴.

Centros semelhantes têm sido criados também pelas operadoras de planos de saúde desde a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar. O documento propõe incentivos para estimular a mudança da lógica de assistência, criando espaços para a promoção de saúde voltada para idosos. Publicou-se também uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades^{62,65}.

A criação do Centro de Convivência está em sintonia com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006). Sua finalidade primordial é recuperar, manter ou promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, assim como o envelhecimento ativo e saudável, com estímulo à participação e ao fortalecimento do convívio social.

O espaço oferece diversas atividades que contribuem para o envelhecimento saudável, o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, o fortalecimento dos vínculos familiares, o convívio comunitário e a prevenção de situações de risco social para as pessoas acima de 60 anos⁶⁶. Além dos exercícios físicos, encontramos treino cognitivo, programas nutricionais⁶⁷, serviços telefônicos, computação, segurança domiciliar, prevenção de quedas, controle de esfíncter, imunizações e administração financeira. Cuidados com a mobilidade do idoso, prevenção de quedas e equilíbrio em oficinas de psicomotricidade, treinamento de força, orientação na escolha dos sapatos e serviço de podologia são fundamentais, pois garantem a independência⁶⁸.

Envelhecer requer adaptações. Novas aprendizagens são recursos para manter a funcionalidade e a flexibilidade dos idosos⁶⁹. Atividades artísticas, culturais e de recreação são tradicionalmente vinculadas a espaços de convivência para idosos e importantes fontes de prazer: conhecimentos gerais, idiomas, informática, produção de textos e leitura, arte dos retalhos, dança de salão, teatro, música, jogos de cartas, dominó, xadrez, meditação e viagens turísticas.

Para o planejamento do próprio envelhecimento, chamamos atenção para um questionário (*Time Trade-Off*), o qual permite uma negociação entre o profissional de saúde e o idoso, considerando risco e prazer.

Muitos idosos aposentados reinserem-se no mercado de trabalho de forma regular ou eventual, seja por prazer ou necessidade, o que representa complementação de orçamento e estímulo ao contato social. Nos Estados Unidos, muitos se comprometem com trabalhos voluntários.

Centros de convivência podem prestar serviços de assessoria jurídica, agenciamento de cuidadores e auxílio para permanência domiciliar (suporte nas atividades de vida, assistência remota e entrega de refeições, por exemplo). Para tanto, é fundamental o investimento em cursos para qualificação de cuidadores e na comunicação na rede de cuidados.

Ressaltamos que a regularidade de frequência às oficinas permite ao idoso a vivência de uma rotina, o que beneficia também o cuidador, que pode dispor daquele tempo para outras atividades. Um “contrato” semestral ou anual de participação dos idosos nas oficinas, segundo desejo deles e disponibilidade de coordenadores, permite melhor gerenciamento.

Os centros também podem acolher discussões importantes para o idoso e seu entorno. Envelhecimento e finitude merecem destaque. Podemos construir um guia prático, divertido, com antecipações de questões relevantes do envelhecimento (“o que está acontecendo comigo?”).

A filosofia e a religião podem contribuir para a reflexão sobre envelhecimento e morte. Para Platão,

na Grécia Antiga, filosofar era aprender a morrer. Idealista, ele acreditava na vida após a morte, vista como uma passagem, a libertação da alma. Para os materialistas, como Epicuro, a vida era finita e ganhava ainda mais valor por isso. Não se vive da mesma maneira quando se acredita em concepções tão diferentes de morte⁷⁰.

A finitude, os cuidados paliativos e a maneira como culturalmente lidamos com essa fase da vida foram discutidos em trabalho anterior³⁴. Seria possível preparar um guia prático, mas também sensível, apresentando algumas ideias sobre a morte? A Psicologia, a partir da discussão sobre vínculos, contribui para essa tarefa. Desapegar-se da cor dos cabelos, da visão e da audição perfeitas, desapegar-se da potência, da memória; deixar partir, aceitar o “exoesqueleto” (próteses, aparelhos para audição, óculos, implantes...); criar soluções, transformar e aprimorar. O acolhimento dos medos no grupo é oportuno, mas é tarefa do idoso libertar-se de apego, viver perdas, dizer adeus. A solidão humana é fato e mesmo necessária. O Centro de Convivência pode contribuir para a reflexão sobre o sentido da vida, de cada vida, ao cultivar histórias individuais em relatos enriquecidos por fotos, cenas de filmes, músicas, receitas de comida, compartilhamento de refeições etc.

A trajetória humana ao longo do ciclo vital é construída culturalmente e experimentada de forma singular. Cada fase determina e prediz as possibilidades no momento posterior: envelhecemos como vivemos. Flexibilidade e resiliência (capacidade de fazer face aos acontecimentos) variam de pessoa para pessoa. A experiência de velhice é heterogênea e multidimensional – um convite, portanto, à singularidade também no plano de cuidados⁷¹.

Ao lidar com os pequenos eventos causadores de estresse da vida cotidiana, contamos com recursos pessoais, aos quais se agregam recursos sociais. A importância da solidariedade e da troca de experiências é relevante para o idoso e seu entorno. A qualidade ou a funcionalidade do suporte social é mais importante para a adaptação do idoso do que a quantidade de membros da rede e a frequência dos contatos⁷². E a relação entre suporte social e autocuidado reforça essa visão⁵⁶.

É com o intuito de valorizar e respeitar a velhice, desenvolvendo um atendimento acolhedor e eficaz, que o Centro de Convivência conquista seu espaço, na certeza de que quem trabalha com a perspectiva de respeito às necessidades da pessoa idosa respeita o próprio futuro.

O berço deste modelo

A proposta que apresentamos aqui foi desenvolvida dentro da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ)²⁴, (centro de estudos, ensino, debates, pesquisas e assistência voltado para questões inerentes ao envelhecimento, que vem contribuindo para a transformação do pensamento da sociedade brasileira sobre seus idosos) instituição criada há 30 anos e reconhecida internacionalmente como um dos mais importantes programas de saúde voltados para adultos maduros e idosos⁶⁸.

É uma iniciativa que também ganhou prêmios internacionais e conta com o aval da Organização Mundial de Saúde.

O que não pode faltar – um resumo

A modelagem de um modelo assistencial para o idoso deve discutir e detalhar um conjunto de tópicos e de ações que aqui é fundamentado, conforme o resumo abaixo:

- a. O médico deverá ter formação de qualidade em Medicina de Família e Saúde Coletiva, ficando responsável por uma carteira fixa de clientes;
- b. Nas unidades de saúde, um espaço importante é o centro de convivência, que desempenha papel fundamental para sua caracterização como local de integração de várias ações educacionais, de promoção e prevenção;
- c. A avaliação funcional definirá a estratificação e a alocação corretas do paciente idoso em sua linha de cuidado (há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco);

- d. O médico faz a gestão clínica e um enfermeiro coordena os cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio de acolhimento e fortalecimento de vínculo;
- e. Além do médico generalista com qualificação em geriatria e do enfermeiro, a equipe é composta por alguns gerontólogos (como fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e nutricionista) e pelos oficinairos (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas no centro de convivência, vinculadas ao programa);
- f. As atividades desenvolvidas no centro de convivência vão ajudar na fidelização dos clientes, além de criar um ambiente de participação e de educação em saúde;
- g. Somente depois de esgotada a possibilidade de resolução pelo médico generalista (e exclusivamente por iniciativa dele) é que serão feitos encaminhamentos para especialistas;
- h. Também pode-se usar um sistema de segunda opinião, que funciona como uma ajuda ao médico para tentar resolver alguns problemas de saúde, evitando a ida precoce a um especialista;
- i. A definição do número de consultas anuais por parte do médico varia de acordo com o risco do cliente e com necessidades específicas. O importante é frisar que, além do médico, tem-se a enfermeira, que faz consultas de acompanhamento, os gerontólogos (psicologia, nutrição, fisioterapia, e educador físico), além das atividades do centro de convivência. O cliente e seu familiar terão um número expressivo de consultas ao longo do ano;
- j. Em caso de internação, médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter conhecimento do caso, fazendo um acompanhamento diário e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação;
- k. O importante é garantir que, mesmo sendo atendido em uma outra instância de cuidado (hospital), o idoso terá sempre a referência do seu médico (sua referência de cuidado);
- l. Faz-se utilização de instrumental epidemiológico, visando estabelecer o risco identificado após a avaliação, podendo ser classificado como robusto, em risco de fragilidade ou frágil;
- m. O atendimento remoto 24 horas nos 7 dias da semana é realizado através de gerontólogos qualificados, que têm acesso ao prontuário do cliente. Esse serviço é denominado de GerontoLine, um diferencial do modelo;
- n. O prontuário eletrônico único fundamenta a organização das informações de saúde dos usuários, permitindo o desenvolvimento de estratégias de ações individuais e coletivas com foco na prevenção;
- o. É preciso fazer uso de tecnologia leve para auxiliar no monitoramento; sem isso, o projeto é inviável;
- p. Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informativos individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas.

Esses tópicos acima representam uma síntese do modelo, que não é médico-centrado, ou seja, não tem apenas as consultas com os médicos, e tais consultas são definidas pela necessidade avaliada por meio do instrumental epidemiológico, pelo seu risco. Além das consultas médicas, há as consultas com a enfermeira, que faz dupla com o médico e que, juntos, são responsáveis por 800 clientes, trabalhando apenas nas instancias leves, mas consistindo na referência do cliente e de sua família. O hospital e os especialistas devem ser vistos com uma exceção. Não somos contrários aos médicos especialistas nem contra o hospital, apenas achamos que há um excesso de atuação desses segmentos, que não propicia fidelização, que amplia os custos e não traz nenhum benefício para a saúde do nosso cliente.

Nesta sequência, além das consultas da dupla médico-enfermeira, há os gerontólogos da equipe, que recebem os clientes através do encaminhamento da dupla supracitada. Os familiares dos clientes também são contatados para oferecer novas informações e para saberem que o acompanhamento é global,

não apenas das doenças, mas também de aspectos sociais e comportamentais, haja vista que o suporte e o apoio da família são fundamentais. Todas as ações são registradas em um prontuário eletrônico de qualidade, desenvolvido para essa modalidade de atendimento. Esses registros detalhados são de suma importância para os profissionais da equipe e, particularmente, para o GerontoLine, que trabalha de forma remota sete dias na semana e 24 horas por dia. Os atendentes do GerontoLine são profissionais de saúde treinados e qualificados e, para que eles possam ter ações resolutivas, é necessário que as informações do prontuário sejam de qualidade. Ao receber uma ligação ou uma mensagem por aplicativo, esses profissionais têm acesso ao prontuário e são competentes para fazer a abordagem mais adequada. Também fazem parte da equipe os profissionais que desenvolvem as oficinas, onde assuntos variados são abordados ou atividades lúdicas são desenvolvidas. Em síntese, o cliente e seu familiar terão uma equipe com vários profissionais qualificados, pois o sucesso da “coordenação de cuidados” ocorre por meio do monitoramento amiúde, do conhecimento do cliente e de sua família, visando a melhor ação e apoio à sua saúde integral.

Esses são os elementos a serem desenvolvidos e que fazem a diferença. Na verdade, tudo que foi apresentado até aqui não revela, propriamente, alguma grande novidade. Modelo assistencial semelhante é praticado no Reino Unido desde 1948, e muitos gestores sabem que é mais eficiente e resolutivo, além de ter um custo inferior. Na atualidade, o manejo clínico das doenças mais prevalentes no idoso é visto de uma maneira médico-centrada. Somos a favor da boa medicina, mas sabemos que outras áreas do conhecimento precisam ser incluídas e devem interagir no processo do cuidado integral da saúde.

Destarte, o intuito maior deste trabalho é sugerir uma reflexão:

1. Por que todos são a favor de modelos com foco na promoção e na prevenção da saúde, mas poucos transformam o discurso em prática?
2. Por que continuar praticando um modelo defasado e fragmentado, muito mais caro e de qualidade inferior, quando há décadas sabemos que existe uma alternativa testada e vitoriosa?

3. Informação, tecnologia, inovação, qualidade assistencial, bonificação e pagamento por desempenho, equipe de gerontólogos com pós-graduação. Esse conjunto faz a diferença e reduz custo!

Vamos pensar sobre isso?

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente Renato Peixoto Veras.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, tenho me dedicado ao estudo do cuidado integral do idoso e ao aperfeiçoamento dos modelos assistenciais. Na condição de diretor da UnATI/UERJ e editor-chefe da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG), mais do que uma opinião, a tendência que percebo é o desejo, mas também a necessidade de consolidar a estruturação dos modelos assistenciais para idosos.

Na maioria das vezes, recebo comentários elogiosos, quase sempre acompanhados de uma observação: “o que você escreve é tão óbvio que talvez por isso seja tão difícil efetivar essas ideias”. Tendo a concordar.

E é por entender que as mudanças, a cada ano que passa, são cada vez mais necessárias, que estou novamente apresentando essa reflexão ao público acadêmico e formador de opinião do setor de saúde, pois ainda precisamos de mais uma dose do remédio que, espero, levará à cura do nosso modelo assistencial.

O envelhecimento da população gera novas demandas e desafia os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar a vida por um tempo maior. As transformações sociais e econômicas das últimas décadas, suas consequentes alterações no comportamento das sociedades contemporâneas

– mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a crescente expectativa de vida da população colaboraram para a maior incidência das enfermidades crônicas, que hoje são um sério problema de saúde pública. Não é possível atender o público idoso de forma satisfatória ignorando que essa parcela da sociedade necessita de uma assistência diferenciada. Por isso é imperativo repensar o modelo atual.

Quando observamos o orçamento da Saúde, de maneira geral, verificamos que a quase totalidade dos recursos é aplicada nos hospitais e nas aparelhagens para os exames complementares. A sociedade e os profissionais de saúde seguem, em regra, uma lógica “hospitalocêntrica” – entendem apenas de tratar da doença, não de evitar seu surgimento.

O modelo ideal de atenção ao idoso deve ter como foco a identificação de riscos potenciais. Ao monitorarmos a saúde em vez da doença, direcionamos o investimento para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Afinal, não basta o aumento da longevidade. É essencial que os anos adicionais sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar.

Um jeito diferente e inovador de cuidar da saúde e proporcionar qualidade de vida aos usuários – seja no Sistema Único de Saúde, ou no setor privado – envolve a utilização de pessoal qualificado e bem preparado, integração do cuidado e tecnologia da informação bem aplicada, pois é assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde.

Se envelhecemos como vivemos e esta pesquisa antevê o futuro do séc. XXI como grisalho, então precisamos construir algo inovador e de qualidade, pois o modelo assistencial hodierno, já defasado, somente perpetuará o mau atendimento e a crise da saúde – particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo. Ficou absolutamente clara a importância do cuidado, da promoção e prevenção da saúde, além da tecnologia para uso nas consultas, no monitoramento e nas informações – em síntese: na “coordenação dos novos cuidados”. Tal construção infere-se indeclinável, porquanto quem respeita as necessidades da pessoa idosa, respeita o próprio futuro!

AUTORIA

- Renato Peixoto Veras - responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Luiz Antonio Tarcitano

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rio de Janeiro, Rev. Saúde Pública. Jun. 1987, Rio de Janeiro, 21(3):225-33. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300007>
2. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300006>
3. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública. 1987. Rio de Janeiro: 21, (3): 200-210. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>
4. Antônio M. Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-10, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1590/S010412902020190967>. Cited: 2021 Nov 15.

5. São José J de, Teixeira AN. Envelhecimento Ativo: contributo para uma discussão crítica. *Anál. Soc., Lisboa*, v. 49, n. 210, p. 28-54, 2014. Available from: <http://www.jstor.org/stable/23722984>. Cited: 2021 Nov 20.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Population Prospects 2019: Highlights. Summary of Results*, Originally published, 19 Jun 2019, New York, 2022
7. Alves JED. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Rev. Longeviver* 2019;1:5-9.
8. Veras RP, Estevan AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Lozer AC, Leles FAG, Coelho KSC (org). *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar*. Brasília, DF: OPAS, 2015. p. 73-84.
9. Moraes EN, Reis AMM, Moraes FL de. *Manual de Terapêutica Segura no Idoso*. Belo Horizonte: Folium, 2019. 646p.10. SZWARCOWALD, C. L. et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 339-50, 2016. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>. Cited: 2021 Nov 01.
10. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB de, et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Ciênc. Saúde Colet.* Fev 2016;21(2):339-50. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>. Cited: 2021 Nov 01.
11. Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev. Méd* 2010;20(1):67-73. ID: lil-545248
12. Schimdt ML.; Duncan BB; Silva GA; Menezes AM; Monteiro CA.; Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, London, v. 6736, n. 11, p. 60135- 60139, 2011.
13. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011.
14. World Health Organization. *Ageing: World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO; 2015.
15. Veras RP, Oliveira M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016;19(6): 887-905. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>.
16. Veras RP. A contemporary care model for older adults should seek coordinated care, grater quality and the reduction of costs. *Int J Fam Commun Med.* 2019b;3(5):210-14. DOI: 10.15406/ijfcm.2019.03.00159
17. Lima KC, Veras RP, Caldas CP et al. Health Promotion and Education: a study of the effectiveness of programs focusing on the aging process. *Int J Health Serv* 2017 Jul;47(3):550-70. doi: 10.1177/00207314166660965. Available from: <https://doi.org/10.1177/00207314166660965>. Cited: 2021 Nov 16.
18. Veras RP. New model of health care improve quality and reduce costs. *MOJ Gerontol Ger.* 2019a;4(4):117-120. DOI: 10.15406/mojgg.2019.04.00191
19. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J. Bras. Econ. Saúde.* 2015;7(1):62-69.
20. Veras RP. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2022;25(3):1-13. e200061. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.230065.pt> 2020b.
21. Veras RP. Coordination of care: a contemporary care model for the older age group. *MOJ Gerontol. Geriatr* 2020a;5(2):50-53. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
22. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(09):2773-87. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>.
23. Veras RP. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018;21(3):360-66. DOI:10.1590/1981-22562018021.180100.
24. Moraes EM organizador. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopemed; 2009. 700 p.
25. Veras RP, Caldas CP, Lima KC de, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública* 2014;48(2):357-365. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>
26. Saenger ALF, Caldas CP, Motta LB. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. *Cad. Saúde Pública*, 2016;32(9):1-7. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072015>.
27. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc.*, 2007;16(1):7-17.
28. Oliveira M, Veras RP, Cordeiro HA et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus postos-chave e obstáculos para implementação. *Physis* 2016;26(4):1383-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400016>.

29. Geyman JP. Disease management: panacea, another false hope, or something in between. *Ann. Fam. Med* 2007;5(3):257-60. doi: 10.1370/afm.649.
30. Oliveira M. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS, 2016.
31. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed, 2009.
32. Lima KC, Veras RP, Caldas CP et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública México* 2015;57(3):265-74. In: Lima KC, Veras RP, Caldas CP et al. Health Promotion and Education: a study of the effectiveness of programs focusing on the aging process. *Int J Health Serv* 2017 Jul;47(3):550-70. doi: 10.1177/0020731416660965.
33. Lima-Costa et al. The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am. J. Epidemiol*, Tokio, 2018;187:1345-53. Available from: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>. Cited: 2021 Nov 19.
34. Veras RP, Gomes JAC, Macedo ST. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2019;22(2):1-13. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190073>
35. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental State". A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
36. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento [editorial]. *Cad. Saúde Pública*, 2003;19(3):700-01. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
37. Castro MC, Massuda A, Almeida J, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019;394(10195):345-56. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.
38. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners, report. *Age Ageing* 2014;43(6):744-7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>.
39. Veras RP. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. *J. Gerontol. Geriatr. Res* 2015b;4(3):1-13. <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000223>. In: Veras RP. Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2018a.
40. Machado RSP, Coelho MASC, Veras RP. Validity of the portuguese version of the mini nutritional assessment in brazilian elderly. *BMC Geriatr* 2015;15:132. doi: 10.1186/s12877-015-0129-6.
41. Pedro WJA. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. *Kairós* 2013;16(3):1-24. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i3p9-32>.
42. Veras RP. An Innovative Healthcare Model for the Elderly in Brazil: Care Coordination Extends Care Quality and Reduces Costs. *Int. J. Intern. Med. Geriatr* 2019c;1(2):33-42.
43. Oliveira M de, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis* 2018;28(4):7-18. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>
44. Chultz MB, Kane AE, Mitchell SJ et al. Age and life expectancy clocks based on machine learning analysis of mouse frailty. *Nat. Commun* 2020;11(4618):1-10. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18446-0>.
45. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A et al. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(6):M366-72. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.M366>.
46. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney Jr LM et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990;112(9):699-706. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-112-9-699>
47. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-19. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
48. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2009;12(3):1-14. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00007>.
49. Lawton MP, Brody EM. Assessment of people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-186. http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
50. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc* 1986;34:119-126. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>
51. Abicalaffe CL. Pay For Performance Program for Brazilian Private Health Plan. How to Implement and Measure. In: ISPOR, 13., 2008, Toronto. Anais [...]: Toronto: ISPOR, p. 1-10, 2008.
52. Nitri R, Scaff M. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq. Neuropsiquiatr* 1994;52(4):1-10. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000400001>

53. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 1992;17(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
54. Nunes BP, Soares UM, Wachs LS et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2017;51(43). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006646>
55. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(3): 735-43. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300006>
56. Veras RP. Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2018a.
57. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. Saúde Colet* 2010;15(6):2931-2940. ID: lil-559825
58. Caldas CP, Veras RP, Motta LB da. et al. Models of Approach to Outpatient Older Persons Care. *Sci. J. Public Health* 2014;2(5): 447-53. <https://doi.org/10.11648/j.sjph.20140205.21>.
59. Oliveira M, Veras RP, Cordeiro HA. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2017;20(5):624-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>
60. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS, 2011. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Cited: 2021 Nov 17.
61. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. Saúde Colet* 2012;17(1): 231-37. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>
62. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev. Saúde Pública* 2016;50(suppl 2):1-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>
63. Maia LC, Colares TFB, Moraes EM de et al. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Rev. Saúde Pública* 2020;54:1-10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>
64. Cachioni M. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: Neri AL, Debert GG (org). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus, 1999, p 141-178. ISBN-13:978-8530805579.
65. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2013;47(3):506-13. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004325>
66. D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública* 2011;45(4):1-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000400007>
67. David HMSL, Riera JRM, Mallebrera AH et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciênc. Saúde Colet* 2020;25(1):1-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
68. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis* 2013;23(4): 1189-1213. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
69. Moura, MMD; Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis* 2017;27(1):19-39. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100002>
70. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet* 2018;23(6): 1929-1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
71. Veras RP, Galdino AL. *Caring Senior Modelo Assistencial Contemporâneo: Coordenação de cuidado, ampliação da qualidade e redução de custos*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2021.
72. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev. Saúde Pública* 2017;51(suppl1):1-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000243>



Baixa ingestão de proteínas está associada à mortalidade em idosos brasileiros

Low protein intake is associated with mortality in Brazilian older adults

Ângela Maria Natal de Souza¹ 
Dalila Pinto de Souza Fernandes² 
Isah Rabiú³ 
Jérsica Martins Bittencourt¹ 
Juliana Farias de Novaes¹ 
Andréia Queiroz Ribeiro¹ 

Resumo

Objetivo: Estimar a associação entre baixa ingestão de proteínas e mortalidade em pessoas idosas. **Métodos:** Estudo prospectivo realizado com 621 pessoas idosas da cidade de Viçosa (Minas Gerais), município de médio porte no Brasil. A ingestão de proteínas foi avaliada na linha de base (2009) pelo recordatório de ingestão habitual e foi utilizada a classificação de ingestão de proteínas proposta pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Os dados de mortalidade foram coletados no período de acompanhamento (2009 a 2018) através do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Modelos de regressão de Cox foram aplicados para estimar a associação independente entre ingestão total de proteínas e mortalidade, e estimativas de *hazard ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95% foram calculados. **Resultados:** Entre os 621 participantes do estudo, 52,7% eram do sexo feminino e a prevalência de baixa ingestão proteica foi de 60,9%. Ao longo dos 9 anos de acompanhamento ocorreram 154 óbitos (23,3%). No modelo ajustado, pessoas idosas com baixa ingestão de proteínas apresentaram maior risco de morte [HR: 1,72; IC 95%: 1,05 - 2,82]. **Conclusão:** A baixa ingestão de proteínas pode aumentar o risco de morte em pessoas idosas.

Palavras-chave: Proteínas.
Idoso. Envelhecimento.
Mortalidade.

Abstract

Objective: To estimate the association between low protein intake and mortality in older adults. **Methods:** Prospective study carried out with 621 older adults in a medium-sized city (Viçosa, Minas Gerais) in Brazil. Protein intake was assessed at baseline (2009) by

¹ Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde. Viçosa, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Department of Nutrition and Dietetics Hassan Usman Katsina Polytechnic. Katsina state, Nigéria.

O presente estudo contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Pró-adesão 579255/2008-5). Este trabalho também contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Processo nº 23038.039412/2008-73) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) (Processo APQ-00594-17).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Ângela Maria Natal de Souza
angela.souza@ufv.br

Recebido: 26/08/2023
Aprovado: 25/01/2024

the usual intake recall and the protein intake classification was used as proposed by the Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Mortality data were collected in the follow-up period (2009 to 2018) from the Mortality Information System. Cox regression models were applied to estimate the independent association between total protein intake and mortality, and Hazard Ratio estimates and their respective 95% confidence intervals were calculated. *Results:* Among the 621 participants in the study, 52.7% were female, and the prevalence of low protein intake was 60.9%. Over the 9 years of follow-up, there were 154 deaths (23,3%). In the adjust models, older adults with low protein intake showed increased risk of death [HR: 1.72; 95% CI: 1.05 - 2.82]. *Conclusion:* Low protein intake may increase the risk of death in the older adults.

Keywords: Proteins. Aged. Aging. Mortality.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é evidente em todo o mundo. Esse cenário reflete conquistas, mas também implica inúmeros desafios, tais como em relação à saúde, uma vez que diversas alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento individual, em conjunto com determinantes socioeconômicos, podem favorecer piores desfechos como incapacidade funcional, fragilidade e mortalidade¹.

Neste contexto, a nutrição desempenha um papel central na prevenção e controle de problemas de saúde². Dentre os nutrientes, a proteína tem importante papel no processo de envelhecimento saudável³ pois as pessoas idosas são mais propensas à desnutrição e à resistência anabólica no tecido muscular, ambas relacionadas a níveis insuficientes desse nutriente⁴.

Há evidências de que a baixa ingestão de proteínas está associada à redução da massa magra e ao risco de sarcopenia^{5,6}. A sarcopenia é um problema de saúde global crescente, que afeta 5 a 17% dos indivíduos com idade entre 60 e 70 anos e até 50% dos indivíduos com mais de 80 anos⁷. Além disso, está relacionada à ocorrência de quedas, favorecendo a redução da capacidade funcional e qualidade de vida, bem como a maior mortalidade em pessoas idosas⁵. Apesar disso, poucos estudos brasileiros têm focalizado a relação entre a ingestão de proteínas e a saúde na população idosa.

No tocante à relação entre ingestão de proteínas e mortalidade, a literatura internacional mostra inconsistência entre os resultados dos estudos. Um

estudo evidenciou que pessoas idosas com maior ingestão de proteínas apresentavam menor risco de mortalidade⁸, ao passo que outro estudo apontou que maior ingestão de proteínas totais foi associada a maior mortalidade por todas as causas, sendo que a ingestão de proteínas vegetais foi inversamente associada⁹. Até onde foi possível constatar, não existem estudos brasileiros sobre esse tema.

Portanto, dado o escasso número de estudos realizados até o momento e os resultados inconsistentes, é importante e oportuno examinar a relação entre a baixa ingestão de proteínas e a mortalidade em pessoas idosas.

MÉTODOS

O presente estudo, de desenho prospectivo, faz parte de uma pesquisa maior sobre condições de saúde, nutrição e uso de medicamentos por pessoas idosas no município de Viçosa, uma cidade brasileira de médio porte localizada no estado de Minas Gerais. Os critérios de elegibilidade foram indivíduos com 60 anos ou mais de idade, não-institucionalizados e residentes na zona urbana e rural do município em 2008.

A identificação da população fonte se deu a partir de um recenseamento da população com 60 anos e mais de idade durante a Campanha Nacional de Vacinação do ano de 2008, cuja cobertura vacinal foi de 80%. A partir de então, o banco de dados gerado foi complementado com informações de bases de registros ocupacionais e de serviços de saúde do município, totalizando 7980 indivíduos, os quais foram organizados em ordem alfabética no banco de dados.

O tamanho da amostra foi calculado considerando nível de confiança de 95%, prevalência estimada de 50% para diferentes desfechos de interesse do projeto maior, erro tolerado de 4% e 20% para cobertura de perdas. Com base nesses parâmetros, a amostra final prevista foi de 670 indivíduos. Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória simples, a partir do banco de dados previamente mencionado. Outros detalhes estão descritos em de Nascimento et al. (2012)¹⁰.

A coleta de dados da linha de base ocorreu na residência do participante, entre junho e dezembro de 2009. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e avaliações antropométricas. Sete duplas de entrevistadores previamente treinados aplicaram um questionário semiestruturado e pré-testado abrangendo informações sociodemográficas, condições de saúde, estilo de vida e avaliação nutricional.

Em 2018, somente os registros de óbitos de pessoas idosas participantes da linha de base foram coletados por meio de ligações telefônicas, visitas domiciliares e por consulta às bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do município.

Uma vez identificados os óbitos e feita a comparação com os dados individuais do questionário, a causa básica do óbito foi extraída do banco de dados do SIM. Nos casos das pessoas idosas não identificadas no SIM, foi utilizado contato telefônico para atualização do *status* de sobrevivência dos participantes. Nos casos de obtenção de informação sobre o óbito foi agendada visita com o familiar/responsável do idoso falecido para obtenção de informações sobre data, local do óbito e causa básica do óbito por meio de consulta à Declaração de Óbito. Foi considerada perda de dados quando não foram obtidas informações sobre a pessoa idosa ou no caso de mudança de Viçosa. As causas de morte foram classificadas de acordo com a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)¹¹.

A ingestão diária de proteínas foi avaliada somente na linha de base, a partir da aplicação de

um recordatório de ingestão habitual, utilizando o método de passagens múltiplas¹² e com auxílio de álbum fotográfico de porções de alimentos. Um único entrevistador de cada uma das duplas foi previamente treinado e era responsável pela aplicação do recordatório, de forma a favorecer a precisão na obtenção das informações.

Os dados de consumo alimentar descritos nas medidas domiciliares foram convertidos em gramas (g) ou mililitros (mL) após conferência das informações pelo entrevistador e por um supervisor de coleta de dados. A estimativa do consumo alimentar e do valor de macronutrientes dos alimentos consumidos foi realizada com auxílio do software DietPro versão 5i. A ingestão diária de proteínas foi analisada em gramas por quilograma de peso (g/kg/dia), utilizando a classificação adaptada de ingestão proteica proposta pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) (2019)¹³: ingestão inadequada (<1 g/kg/dia) e adequada/alta (≥ 1 g/kg/dia).

As covariáveis foram selecionadas de acordo com a literatura. Variáveis sociodemográficas incluíram sexo (masculino, feminino), idade (60 a 69; 70 a 79 e 80 anos ou mais), escolaridade (0; <4 anos e >4 anos de estudo). Também foram coletadas variáveis comportamentais, como tabagismo (nunca fumou, ex-fumante e fumante) e sobre condições de saúde como, número de hospitalizações no último ano (nenhuma; ≥ 1), número de doenças (<5; ≥ 5). Adicionalmente, o valor calórico total/dia foi considerado, sendo calculado a partir do somatório dos valores dos macronutrientes, a saber: para cada 1 g de carboidrato, proteínas e lipídeos considerou-se 4kcal, 4kcal, 9kcal, respectivamente.

Peso, altura, perímetro da cintura e perímetro da perna foram aferidos para avaliação antropométrica^{14,15}. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado pela razão entre o peso e a altura ao quadrado e quando acima de 28 kg/m² foi classificado como excesso de peso¹⁶. A obesidade abdominal foi classificada por pontos de corte para valores de perímetro da cintura: normal (homens <94 cm; mulheres <80 cm) e aumentada (homens ≥ 94 cm; mulheres ≥ 80 cm)¹⁵. O risco cardiovascular

foi considerado quando a relação cintura-estatura (RCE) $\geq 0,5$ para ambos os sexos¹⁷. A reserva muscular foi classificada pelo perímetro da perna (PP) e considerada baixa para valores abaixo de 33 cm (mulheres) e de 34 cm (homens)¹⁸.

Os dados foram apresentados por meio de análise descritiva baseada em medidas de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e medidas de tendência central (mediana) e dispersão (intervalo interquartil, IIQ) para as variáveis quantitativas. A normalidade das variáveis quantitativas foi avaliada com o teste de Shapiro-Wilk. A mortalidade foi comparada segundo as covariáveis por meio dos testes qui-quadrado de Pearson e qui-quadrado de tendência linear. Além disso, foi gerada uma curva de sobrevivência para avaliar a ingestão de proteínas (inadequada/adequada) de acordo com o *status* de sobrevivência.

Modelos de regressão de Cox foram utilizados para estimar a associação independente entre ingestão total de proteínas e mortalidade, calculando-se estimativas de *hazard ratios* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A proporcionalidade do risco ao longo do tempo foi avaliada com base nos resíduos de Schoenfeld. Com base na literatura e em critérios epidemiológicos e estatísticos foram considerados fatores de confusão nos modelos ajustados as variáveis (sexo, faixa etária, escolaridade, número de doenças, IMC, PP, tabagismo e valor calórico total).

As análises foram realizadas considerando-se nível de significância de 5% para rejeição das hipóteses de nulidade.

O estudo foi conduzido de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsinque e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (CAAE:69998517.0.0000.5153). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

RESULTADOS

Dos 670 indivíduos inicialmente previstos para inclusão no estudo, 621 indivíduos participaram efetivamente, pois houve perdas por recusa ($n=24$, 3,6%), óbito ($n=9$, 1,3%), endereço não localizado ($n=8$, 1,2) e mudança para outra cidade ($n=8$, 1,2%). As perdas não diferiram conforme sexo e idade.

Dentre os 621 participantes da linha de base do estudo, a maioria (52,7%) eram do sexo feminino, 50,7% tinham entre 60 e 69 anos e mais de 64,0% tinham menos de quatro anos de estudo. A prevalência de ingestão inadequada de proteínas foi de 60,9%.

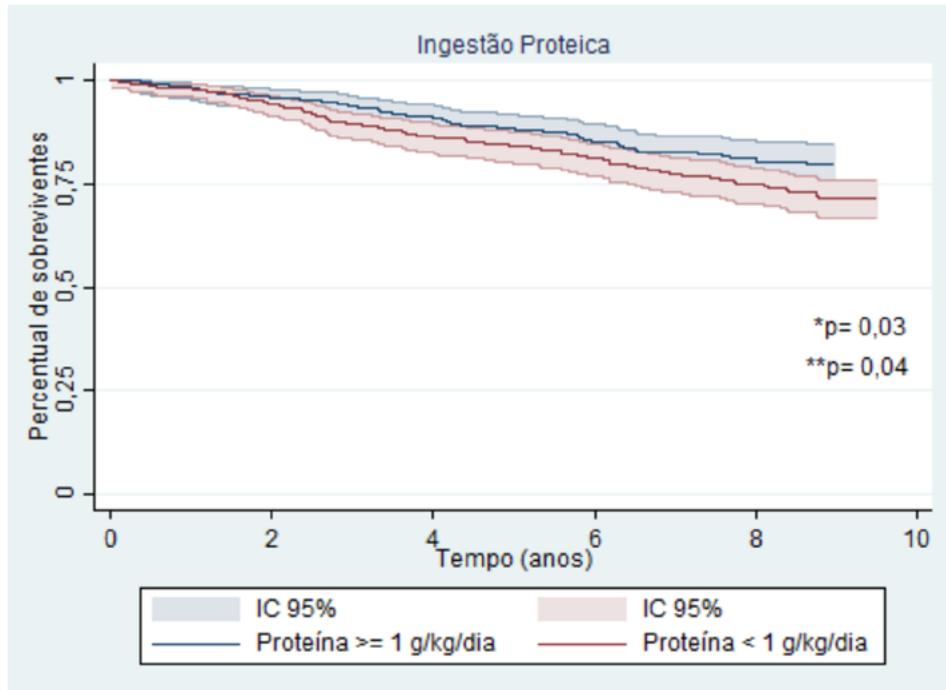
Para 45 indivíduos não foi possível obter informação sobre o *status* de sobrevivência, logo as análises longitudinais foram realizadas para 576 participantes. Ao longo dos 9 anos de seguimento (2009-2018), ocorreram 154 óbitos (26,7%). Em comparação às pessoas idosas que sobreviveram, a maioria dos não sobreviventes tinha idade entre 70 e 79 anos (39,0%), tinham menos de quatro anos de escolaridade (70,6%), tinham histórico de uma ou mais internações (23,4%), autorreferiram cinco ou mais doenças (40,3%) e foram classificados como tendo baixa reserva muscular (39,4%) (Tabela 1). Além disso, a frequência de sobreviventes foi estatisticamente menor entre aqueles com ingestão inadequada de proteínas ($<1,0$ g/kg/dia) (Figura 1).

De acordo com a regressão de Cox, pessoas idosas com baixa ingestão de proteínas apresentaram risco aumentado de morte tanto na versão bruta [HR: 1,44, IC 95%: 1,02 - 2,02] quanto na ajustada [HR: 1,72; IC 95%: 1,05-2,82] dos modelos (Tabela 2).

Tabela 1. Sobrevida das pessoas idosas segundo características socioeconômicas, comportamentais, de saúde e antropométricas. Viçosa, MG, Brasil - 2009 a 2018.

Características	Total	Sobreviventes	Não-Sobreviventes	Valor P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo (576)				
Feminino	272(47,2)	191(45,3)	81(52,6)	0,119*
Masculino	304(52,8)	231(54,7)	73(47,4)	
Faixa etária - anos				
60 – 69	293(50,9)	252 (59,7)	41(26,6)	<0,001**
70 – 79	197(34,2)	137 (32,5)	60(39,0)	
≥ 80	86(14,9)	33 (7,8)	53(34,4)	
Escolaridade (anos completos de estudo)				
0	89(15,5)	63 (14,9)	26(17,0)	0,030**
< 4	372(64,8)	264(62,6)	108(70,6)	
≥ 4	114(19,7)	95(22,5)	19(12,4)	
Cohabitação				
Sozinho	58(10,1)	46(10,9)	12(7,8)	0,273*
Acompanhado	518(89,9)	376(89,1)	142(92,2)	
Tabagismo				
Nunca fumou	333(58,0)	250(59,2)	83(54,6)	0,630*
Ex fumante	181(31,5)	129(30,6)	52(34,2)	
Fumante	60(10,5)	43(10,2)	17(11,2)	
Número de hospitalizações				
0	487(84,7)	369(87,6)	118(76,6)	<0, 001*
≥ 1	88(15,3)	52(12,3)	36(23,4)	
Número de doenças				
<5	415 (72,0)	323(76,5)	92(59,7)	<0,001*
≥ 5	161(28,0)	99(23,5)	62(40,3)	
Reserva muscular (PP)				
Baixo	146(25,4)	85(20,1)	61(39,4)	<0,001*
Ideal	430(74,6)	337(79,9)	93(60,4)	
Excesso de peso (IMC)				
Sim	325(65,4)	247(62,4)	78(67,2)	0,338*
Não	187(34,6)	149(37,6)	38(32,8)	
Obesidade abdominal (PC)				
Aumentado	415(74,9)	320(76,6)	95(69,1)	0,117*
Normal	139(25,1)	98(23,4)	41(30,1)	
Risco cardiovascular (RCE)				
Aumentado	464(91,9)	366(93,1)	98(87,5)	0,054*
Normal	41(9,1)	27(6,9)	14(12,5)	

Valor p: * Teste qui-quadrado de Pearson; ** Teste qui-quadrado de tendência linear. IMC, índice de massa corporal; PC, perímetro da cintura; PP, perímetro da panturrilha; RCE, relação cintura-estatura. Dados ausentes para as seguintes variáveis: escolaridade e hospitalizações (1), tabagismo (2), excesso de peso (64), obesidade abdominal (22) e risco cardiovascular (71).



*p=0,03 Teste Log-rank; **p=0,04 Teste Peto-Peto.

Figura 1. Curvas de sobrevivência (Kaplan Meier) segundo ingestão proteica. Viçosa, MG, Brasil - 2009 a 2018.

Tabela 2. Hazard ratios e intervalos de confiança de 95% para associação entre ingestão total de proteínas e mortalidade em pessoas idosas. Viçosa, MG, Brasil - 2009 a 2018.

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2
	HR (95%IC)	HR (95%IC)
Ingestão proteica (g/kg/dia)		
Adequada/alta	1,00	1,00
Inadequada	1,44 (1,02 – 2,02)*	1,72 (1,05 – 2,82)*

Modelo 1: Modelo bruto; Modelo 2: ajustado por faixa etária, sexo, escolaridade, número de doenças, índice de massa corporal, perímetro da perna, tabagismo e valor calórico total; *p<0,05. g - grama; Kg - quilograma; HR - hazard ratio; IC - intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo mostram que a baixa ingestão de proteínas entre pessoas idosas foi independentemente associada ao maior risco de morte. Este é o primeiro estudo brasileiro com pessoas idosas não institucionalizadas a identificar essa relação.

A ingestão de proteínas abaixo das Ingestões Dietéticas de Referência (DRI) (<0,8g/Kg/dia)

pode levar à desnutrição, diminuir a síntese proteica em pessoas idosas e causar limitações físicas de mobilidade e coordenação¹⁹. Homens idosos com ingestão de proteína abaixo da DRI apresentaram maior risco de morte por câncer em comparação com aqueles com ingestão superior a 1,0 g/kg/dia. Os autores concluíram que, independentemente da fonte proteica (vegetal ou animal), sua baixa ingestão está associada a maior risco de morte, principalmente por câncer em homens mais velhos²⁰.

Um estudo prospectivo com 1.998 pessoas idosas de 70 a 79 anos ao longo de seis anos constatou que aqueles com ingestão de proteína <1g/kg/dia, categorizados em ingestão de proteína <0,70 g/kg/dia (HR: 1,86; IC 95%: 1,41-2,44) e 0,70-<1g/kg/dia (HR: 1,49; IC95%: 1,20 - 1,84), apresentaram risco aumentado de limitação na mobilidade física em comparação com aqueles com ingestão \geq 1g/kg/dia²¹. Outro estudo identificou benefícios da maior ingestão de proteínas (>1g/kg/peso), sendo que os indivíduos desse grupo apresentaram maior mobilidade e funcionalidade física de membros inferiores em comparação àqueles com baixa ingestão proteica (<0,80 g/kg/dia)²². De modo geral, esses resultados sugerem que uma maior ingestão de proteínas pode beneficiar as pessoas idosas, contribuindo para a melhoria da função muscular e na prevenção de doenças, melhorando assim a qualidade de vida²³.

Vários fatores contribuem para a menor ingestão proteica em pessoas idosas, como alterações na deglutição e no apetite, presença de multimorbidades, perda dentária e comprometimento da capacidade funcional²⁴. Além disso, é frequente a polifarmácia entre pessoas idosas²⁵ e alguns medicamentos podem causar distúrbios quimiossensoriais²⁵, incluindo hipogeusia (diminuição do paladar) e disgeusia (sensação de paladar distorcida)²⁶. Consequentemente, favorecem a inadequação do consumo alimentar.

Adicionalmente, se sabe que a renda e escolaridade influenciam a qualidade do consumo alimentar, podendo comprometer a adequada ingestão de proteínas. Em função da condição socioeconômica, por exemplo, pode ocorrer um menor consumo de proteínas animais entre a população idosa, que acabam tendo que comprar alimentos de baixo custo com qualidade e quantidade inferior de proteínas²⁷.

As consequências da baixa ingestão proteica são prejudiciais à saúde das pessoas idosas. Com o avanço da idade, a massa muscular é reduzida, há redução dos aminoácidos pós-prandiais e da captação muscular dos aminoácidos ingeridos, o que, entre outros fatores, leva ao aumento das necessidades proteicas^{28,29}. Quando essas necessidades não são atingidas, a desnutrição protéico-energética pode

se instalar, sendo uma condição frequentemente identificada em pessoas idosas e que pode levar à imunodeficiência e à morbimortalidade^{29,30}.

Esse tipo de desnutrição provoca uma redução inicial da taxa metabólica, seguida da produção de energia a partir do tecido adiposo e, posteriormente, ocorre o metabolismo proteico, bem como a degradação do tecido muscular, resultando na perda de peso³⁰, o que favorece a ocorrência de inúmeros desfechos desfavoráveis. O conjunto desses fatores evidencia a necessidade de intervenções individuais e coletivas para a garantia da qualidade da alimentação de pessoas idosas e o adequado aporte proteico para o envelhecimento saudável.

Nesse sentido, políticas de promoção da segurança alimentar e nutricional com foco nas particularidades do envelhecimento populacional são essenciais. Em paralelo, o cuidado nutricional pode focalizar a orientação acerca de alimentos fontes de proteínas, contemplando fontes substitutas como opções de menor custo. Importante destacar ainda que a ingestão adequada de proteína inclui tanto as questões de quantidade, da qualidade da proteína a ser oferecida, bem como da distribuição dessas fontes proteicas entre as refeições, o que reforça a importância do cuidado nutricional na atenção à saúde da pessoa idosa. Além disso, a combinação de boa ingestão proteica com prática regular de atividades físicas, incluindo exercício de resistência, podem contribuir para a manutenção da massa e força muscular³¹.

Um ponto forte deste estudo consiste na análise longitudinal, com controle por fatores de confundimento em uma amostra representativa de população idosa. Por outro lado, sua principal limitação é o fato de a ingestão proteica ter sido mensurada em um único momento, não permitindo inferir relação causal com a mortalidade. Além disso, a comparação da baixa ingestão proteica entre os estudos é comprometida devido às diferenças de critérios de classificação.

Outra ressalva deve ser feita ao fato de se ter utilizado o recordatório de ingestão habitual como instrumento de avaliação do consumo alimentar. Embora não seja um instrumento validado, observa-

se que as pessoas idosas têm maior facilidade em relatar o seu consumo habitual do que o seu consumo nas últimas 24 horas³². Além disso, as refeições realizadas pelas pessoas idosas tendem a ser monótonas devido a questões de hábitos, bem como a dificuldades de aquisição, preparação e ingestão de alimentos³³. Esses aspectos contribuem para minimizar possíveis vieses decorrentes da aplicação do recordatório de ingestão habitual, como o viés de memória.

Adicionalmente, vale ressaltar que todos os métodos de mensuração do consumo alimentar apresentam limitações³⁴. No presente estudo, acredita-se que o treinamento dos entrevistadores e a restrição para um conjunto menor de aplicadores contribuíram para a qualidade das medidas e redução dos vieses.

Outra limitação diz respeito à avaliação da reserva muscular, a qual foi feita por medida indireta (perímetro da perna), tendo em vista a indisponibilidade de métodos mais precisos (tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia e absorciometria radiológica de dupla energia (DEXA)). Isso pode implicar em maior probabilidade de erros na mensuração, principalmente considerando as alterações próprias do envelhecimento, tais como uma menor elasticidade da pele¹⁸. Além disso, pode haver uma superestimação do PP em indivíduos com sobrepeso e obesidade e valores significativamente menores de PP podem ser observados em indivíduos com baixo peso³⁵.

Por outro lado, as medidas antropométricas são amplamente utilizadas na atenção à saúde da pessoa idosa por serem de fácil obtenção e apresentarem bons resultados na predição de diferentes eventos. Como exemplo, o próprio consenso do Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas⁵ recomenda o uso de medidas antropométricas como o PP quando não há outros métodos disponíveis. Por fim, não foi possível adotar o uso do perímetro da perna corrigido pelo IMC. Por outro lado, uma vez que o modelo ajustado contempla tanto o IMC quanto o PP, o efeito de uma possível superestimação na associação entre PP e o desfecho pode ter sido reduzido.

Os resultados deste estudo sugerem que a baixa ingestão de proteínas pode aumentar o risco de morte em pessoas idosas. É necessário garantir uma maior ingestão de proteínas no envelhecimento, principalmente para a manutenção da massa corporal magra visando reduzir o risco de morte. Porém, esse aumento na ingestão proteica deve considerar a individualidade de cada pessoa idosa, incluindo comorbidades (como problemas renais) e aspectos socioeconômicos. Incentivar uma alimentação saudável é uma forma de garantir o fornecimento adequado de nutrientes, incluindo a maior ingestão de proteínas.

AUTORIA

- Ângela Maria Natal de Souza - participou da concepção do estudo, coleta de dados, análise estatística, interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final para publicação.
- Dalila Pinto de Souza Fernandes - coleta de dados; interpretação dos dados; revisão crítica e aprovação da versão final para publicação.
- Isah Rabiú - interpretação dos dados; redação do artigo e sua revisão crítica e aprovação da versão final para publicação.
- Jérsica Martins Bittencourt - interpretação dos dados; redação do artigo e sua revisão crítica e aprovação da versão final para publicação.
- Juliana Farias de Novaes - interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica e aprovação da versão final para publicação.
- Andréia Queiroz Ribeiro - participou da concepção e desenho do estudo; interpretação dos dados; redação e revisão crítica e aprovação da versão final para publicação.

AGRADECIMENTOS

A toda a equipe do projeto de pesquisa, às pessoas idosas participantes do estudo e seus familiares.

Editado por: Isac Davidson S. F. Pimenta

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LF, Silva CM, Paiva AC. Importância da avaliação do estado nutricional de idosos. *Braz. J. Health Rev.* 2020;3(5): 14712 - 20. doi:10.34119/bjhrv3n5-265.
2. Reis SS, Landim LSR. O processo de envelhecimento e sua relação entre sarcopenia, consumo de proteínas e estado nutricional: uma revisão de literatura. *Res. Soc. Des.* 2020; 9(11): e2009119671. doi:10.33448/rsd-v9i11.9671.
3. Houston DK, Nicklas BJ, Ding J, Harris TB, Tylavsky FA, Newman AB, et al. Dietary protein intake is associated with lean mass change in older, community-dwelling adults: the Health, Aging, and Body Composition (Health ABC) Study. *Am. J. Clin. Nutr.* 2008;87(1):150-5. doi:10.1093/ajcn/87.1.150.
4. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martoni AM, Ortolani E, Saveria G et al. Protein intake and muscle health in old age: From Biological Plausibility to Clinical Evidence. *Nutrients.* 2016;8(5):295. <https://doi.org/10.3390/nu8050295>
5. Cruz-Jentoft A.J., Bahat G., Bauer J., Boirie Y., Bruyère O., Cederholm T. et al Cooper C., Landi F., Rolland Y., Sayer A.A. Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169.
6. Coelho-Junior HJ, Calvani R, Azzolino D, Picca A, Tosato M, Landi F, et al. Protein Intake and Sarcopenia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022 Jul 18;19(14):8718. doi:10.3390/ijerph19148718.
7. Yuan S, Larsson SC. Epidemiology of sarcopenia: Prevalence, risk factors, and consequences. *Metabolism.* 2023; 144:155533. doi:10.1016/j.metabol.2023.155533.
8. Kurata H, Meguro S, Abe Y, Sasaki T, Asakura K, Arai Y, Itoh H. Dietary protein intake and all-cause mortality: results from The Kawasaki Aging and Wellbeing Project. *BMC Geriatr.* 2023 Aug 9;23(1):479. doi: 10.1186/s12877-023-04173-w.
9. Chen Z, Glisic M, Song M, Aliahmad HA, Zhang X, Moumdjian AC, et al. Dietary protein intake and all-cause and cause-specific mortality: results from the Rotterdam Study and a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur. J. Epidemiol.* 2020; 35:411-429. doi:10.1007/s10654-020-00607-6.
10. Nascimento CDM, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Acurcio FDA, Peixoto SV, Priore SE, Franceschini SDCC. Factors associated with functional ability in Brazilian older adults. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2012; 54(2):e89–e94. doi:10.1016/j.archger.2011.08.005.
11. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.
12. Valença SE. O Recordatório alimentar habitual para avaliação do consumo alimentar em idosos: desenvolvimento do protocolo de aplicação e validação do conteúdo e de face [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2019. [citado em 27 dez. 2023]. Disponível em: https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/BRCRIS_f0bd8b90378d8b61e4f7ff7724c3500d
13. Gonçalves TJM, Horie LM, Gonçalves SEAB, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). 2019[citado em 22 dez. 2023];34(3). Disponível em: https://www.braspen.org/_files/ugd/a8daef_13e9ef81b44e4f66be32ec79c4b0fbab.pdf
14. Frisancho AR. New standards of weight and body composition by frame size and height for assessment of nutritional status of adults and the the older adults. *Am. J. Clin. Nutr.* 1984; 40(4):808-19. doi:10.1093/ajcn/40.4.808.
15. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: 1998. [citado em 22 dez. 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-26763>
16. Organização Pan-Americana de Saúde. Pesquisa multicêntrica sobre saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE) na América Latina: relatório preliminar. XXXVI Reunião do Comitê Consultivo para Pesquisa em Saúde; 2001. [citado em 22 dez. 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45890>
17. Hsieh SD, Yoshinaga H. Is there any difference in coronary heart disease risk factors and prevalence of fatty liver in subjects with normal Body Mass Index having different physiques? *Tohoku J. Exp. Med.* 1995; 177(3):223-231. doi: 10.1620/tjem.177.223.
18. Pagotto V, Santos KF, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(2): 322-328. doi:10.1590/0034-7167-2017-0121.
19. Nilsson A, Montiel RD, Kadi F. Impact of meeting different guidelines for protein intake on muscle mass and physical function in physically active older women. *Nutrients.* 2018 Aug 24;10(9):1156. doi:10.3390/nu10091156.

20. Langsetmo LL, Harrison S, Jonnalagadda S, Pereira SL, Shikany JM, Farsijani S et al. Low Protein Intake Irrespective of Source is Associated with Higher Mortality Among Older Community-dwelling Men. *J Nutr. Health Aging.* 2020; 24(8): 900-5. doi:10.1007/s12603-020-1422-4.
21. Houston DK, Tooze JA, Garcia K, Visser M, Rubin S, Harris TB et al. Protein intake and mobility limitation in community-dwelling older adults: the Health ABC Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2017 Aug;65(8):1705-11. doi:10.1111/jgs.14856.
22. Coelho-Júnior HJ, Milano-Teixeira L, Rodrigues B, Bacurau R, Marzetti E, Uchida M. Relative Protein Intake and Physical Function in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients.* 2018 Sep 19;10(9):1330. doi:10.3390/nu10091330.
23. Wolfe RR. The role of dietary protein in optimizing muscle mass, function and health outcomes in older individuals. *Br. J. Nutr.* 2012 Aug;108(Suppl 2):S88-93. doi:10.1017/S000711451200259.
24. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *JAMDA.* 2013 Aug;14(8):542-59. doi:10.1016/j.jamda.2013.05.021.
25. Correia W, Teston APM. Aspectos relacionados à polifarmácia em idosos: um estudo de revisão. *Braz. J. Dev.* 2020;6(11):93454-93469. doi:10.34117/bjdv6n11-674.
26. Schiffman, SS. Influence of medications on taste and smell. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2018 Mar 26;4(1):84-91. doi:10.1016/j.wjorl.2018.02.005.
27. Procópio AF, Fonseca IC, Picoli LT, Mello JF. Deficiência no consumo de proteínas de origem animal no envelhecimento. *Revista Faculdades do Saber.* 2021; 6(13):911-921. [citado em 27 dez. 2023]. Disponível em: <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/128>
28. Dourado DAQS, Marucci MFN, Roediger MA, Duarte YAO. Padrões alimentares de indivíduos idosos do município de São Paulo: evidências do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2018; 21(6): 756-767. doi:10.1590/1981-22562018021.180092.
29. Malafaia G. A desnutrição proteico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. *Arq. Bras. Ciênc. Saúde.* 2009;34(2):101-7. doi:10.7322/abcs.v34i2.134.
30. Morley JE. Desnutrição energético proteica (DEP). [Internet]. Saint Louis University School of Medicine. 2021 [citado em 27 dez. 2023]. Acesso em Janeiro 2022. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-nutricionais/desnutri%C3%A7%C3%A3o/desnutri%C3%A7%C3%A3o-energ%C3%A9tico-proteica-dep>
31. Voulgaridou G, Papadopoulou SD, Spanoudaki M, Kondyli FS, Alexandropoulou I, Michailidou S, et al. Increasing Muscle Mass in Elders through Diet and Exercise: A Literature Review of Recent RCTs. *Foods.* 2023; 12(6):1218. doi:10.3390/foods12061218.
32. Scagliusi FB, Lancha Júnior AH. Underreporting of energy intake in dietary assessment methods. *Rev. Nutr.* 2003;16:471-481. doi:10.1590/S1415-52732003000400010.
33. Venturini CD, Engroff P, Sgnaolin V, Kik RME, Morrone FB, Silva Filho IG da, et al. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015;20:3701-3711. doi:10.1590/1413-812320152012.01432015.
34. Shim J-S, Oh K, Kim HC. Dietary assessment methods in epidemiologic studies. *Epidemiol. Health.* 2014;36:e2014009. doi:10.4178/epih/e2014009.
35. Gonzalez MC, Mehrnezhad A, Razaviarab N, Barbosa-Silva TG, Heymsfield SB. Calf circumference: cutoff values from the NHANES 1999-2006. *Am. J. Clin. Nutr.* 2021 Jun 1;113(6):1679-1687. doi:10.1093/ajcn/nqab029.



Práticas educacionais para mulheres idosas norteadas pelos construtos de Paulo Freire: revisão de escopo

Education practices for older women guided by the constructs of Paulo Freire: scope review

Monique de Freitas Gonçalves Lima¹ 
Francisca Márcia Pereira Linhares¹ 
Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos¹ 
Gilson Nogueira Freitas¹ 
Anna Karla de Oliveira Tito Borba¹ 
Laís Helena de Souza Soares Lima¹ 

Resumo

Objetivo: mapear as evidências científicas sobre as práticas educacionais para mulheres idosas norteadas pelos construtos de Paulo Freire. **Método:** Trata-se de revisão de escopo utilizando a metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI). O protocolo foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF), DOI: 10.17605/OSF.IO/RP9EV. A busca foi realizada nas bases de dados: MEDLINE/Pubmed, *Web of Science*, LILACS, BDENF, SCOPUS e Cochrane e na literatura cinzenta disponível no Google Scholar e no Portal de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca e o processo de triagem ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2022. Foram incluídos estudos publicados com texto disponível na íntegra sem delimitação de idioma e recorte temporal. Foram utilizados os descritores e palavras-chave, combinados com os operadores booleanos OR e AND: mulher idosa, *old woman, aged, aged 60 and over, seniors, older and people, older and adults, elderly*, prática educativa, *educational practices, health education*, construtos de Paulo Freire, *liberating education*, Paulo Freire. **Resultados:** O total de estudos incluídos foi composto de 16 publicações, predominando a abordagem qualitativa e os relatos de experiência. Os anos de publicação variaram entre 1999 a 2021, os idiomas identificados foram o português e inglês. Foram organizadas como práticas educacionais seguindo o referencial de Paulo Freire: círculos de cultura, oficinas e jogos, como as mais abordadas. **Conclusão:** Os estudos mostraram que as práticas educacionais são participativas e dialógicas e poderão contribuir no empoderamento da mulher idosa quanto ao autocuidado.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Mulheres. Idoso.

¹ Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Programa de Pós graduação em Enfermagem – PPGENF. Recife, PE, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.
Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Monique de Freitas Gonçalves Lima
monique.freitas@ufpe.br

Recebido: 29/05/2023
Aprovado: 25/01/2024

Abstract

Objective: To map the scientific evidence on educational practices for older women guided by the constructs of Paulo Freire. **Method:** This is a scope review using the methodology of the Joanna Briggs Institute (JBI). The protocol was registered on the Open Science Framework (OSF) platform, DOI: 10.17605/OSF.IO/RP9EV. The search was conducted in the following databases: MEDLINE/PubMed, Web of Science, LILACS, BDENF, SCOPUS, and Cochrane, as well as grey literature available on Google Scholar and the Theses and Dissertations Portal of the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). The search and screening process took place in August and September 2022. Published studies with full-text available were included without language or time frame limitations. Descriptors and keywords were used, combined with boolean operators OR and AND: Older woman, old woman, aged, aged 60 and over, seniors, older adults, elderly, educational practices, health education, constructs of Paulo Freire, liberating education, Paulo Freire. **Results:** The total number of included studies consisted of 16 publications, predominantly qualitative approaches and experiential reports. The publication years ranged from 1999 to 2021, with languages identified as Portuguese and English. Educational practices were organized following the framework of Paulo Freire, with cultural circles, workshops, and games being the most addressed topics. **Conclusion:** The studies showed that educational practices are participatory and dialogical, and they may contribute to empowering older women in terms of self-care.

Keywords: Health Education. Women. Aged.

INTRODUÇÃO

Acompanhado do envelhecimento populacional, ocorre o processo de feminização do envelhecimento, onde a proporção de mulheres idosas supera a população masculina e em diversas regiões do mundo a proporção de mulheres ultrapassa a metade da população idosa^{1,2}.

Apesar da maior expectativa de vida, as mulheres apresentam pior qualidade de saúde na velhice, sobretudo pelas relações de gênero durante a vida que impactam no acesso a recursos e oportunidades, gerando efeitos negativos cumulativos². O envelhecimento da população feminina está associado ao declínio físico e ao risco de incapacidade funcional com o desenvolvimento de doenças crônicas. À medida que envelhecem, elas também vivenciam mais restrições sociais, financeiras e culturais. Essas restrições, afetam a qualidade de vida, que muitas vezes piora com o tempo implicando riscos à saúde^{3,4}.

Na busca da melhoria da qualidade de vida de mulheres idosas, deve-se elaborar mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade e agravos a saúde. Ações de educação em saúde, com foco na melhoria da qualidade de vida é um recurso para viabilizar a promoção da saúde por meio do

fomento ao autocuidado⁵. As práticas educacionais dialógicas, reflexivas e problematizadoras podem constituir processos educativos transformadores para o desenvolvimento da autonomia desse público^{5,6}. O uso de metodologias norteadas pelos pressupostos de Paulo Freire permite a troca de saberes com perspectiva de transformar o mundo, superando as opressões⁵.

As práticas educacionais são dispositivos transformadores da realidade social para promover a saúde de indivíduos e/ou coletividade, conduzindo o indivíduo à sua autonomia e emancipação, por meio de um pensar crítico e reflexivo, e capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e coletividade. É parte integrante do cuidado em saúde, e objetiva à construção compartilhada do saber sobre o processo saúde-doença-cuidado-educação^{7,8}.

As obras e pensamentos freireanos utilizados nas práticas educacionais, ressaltam a importância do diálogo, cultura, educação libertadora e emancipação e tem como princípios a amorosidade, dialogicidade, escuta atenta, respeito ao outro, altruísmo, construção bilateral do conhecimento, horizontalidade, autonomia e consequente empoderamento⁶⁻⁸.

O desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permite desvelar a realidade e propor ações transformadoras. Apesar de reconhecer a importância dos pressupostos teóricos de Paulo Freire para o desenvolvimento de práticas educacionais entre mulheres idosas afim de promover sua saúde, percebe-se uma lacuna de informações na literatura a respeito da temática. Assim, fazem-se necessários estudos que descrevam como acontecem as práticas educacionais para esse público. Tais informações são relevantes para a comunidade científica para nortear estudos de intervenção. O estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas sobre práticas educacionais para mulheres idosas norteadas pelos construtos de Paulo Freire.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo com protocolo de pesquisa registrado no *Open Science Framework* sob identificação: <https://osf.io/grptz>, DOI: 10.17605/OSF.IO/RP9EV, desenvolvida e estruturada com base nas recomendações do método de revisão proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI)⁹, observando o guia internacional PRISMA-ScR^{9,10}.

Para alcançar o objetivo proposto, foram seguidos os seguintes passos metodológicos recomendados por essa modalidade: (1) identificar a questão de pesquisa; (2) buscar estudos relevantes; (3) selecionar os estudos, com dois pesquisadores trabalhando de forma independente; (4) extrair dados; (5) separar, sumarizar e apresentar relatório de resultados; e (6) divulgar os resultados¹¹.

Para construção da questão norteadora utilizou-se a estratégia PCC, sendo “P” para População – mulher idosa, “C” Conceito – prática educacional,

e “C” Contexto – Construtos de Paulo Freire, com base nessas informações foi estabelecida a seguinte pergunta: Como se caracterizam as evidências sobre as práticas educacionais voltadas para promoção da saúde entre mulheres idosas?

Foram incluídos nesta revisão estudos disponíveis na íntegra, sem limitação de idiomas e recorte temporal, que abordassem práticas educacionais norteadas pelos constructos de Paulo Freire e aplicada às mulheres idosas. Foram considerados desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais, estudos observacionais analíticos, estudos observacionais descritivos, estudos qualitativos e revisões. Excluiu-se estudos que não responderam à pergunta de pesquisa, resumos publicados em anais de eventos, editoriais, cartas ao editor e os duplicados.

A busca ocorreu em setembro e outubro de 2022, por meio do acesso remoto às bases de dados, a partir do registro no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A estratégia de busca foi elaborada a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) para amplitude dos resultados nas bases de dados, compondo as palavras-chaves pela necessidade de maior expansão dos resultados da busca. As estratégias foram aplicadas, adaptadas para cada base de dados: MEDLINE via PubMed, *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados de Enfermagem (Bdenf), Scopus, Web of Science (WoS) e Cochrane. Também foram adicionadas fontes oriundas da literatura cinzenta por meio do Google Scholar e no Portal de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os descritores cruzados com operadores booleanos OR e AND, geraram as estratégias de busca descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégia de seleção dos artigos. Recife, PE, 2022.

Base de dados	Estratégia de busca
PUBMED/ MEDLINE	(((((aged) or (seniors)) and (educational practices)) or (health education))) and (liberating education) or (paulo freire)
LILACS	(aged) or (seniors) and (educational practices) or (health education) and (liberating education) or (paulo freire)
BDENF	(aged) or (seniors) and (educational practices) or (health education) and (liberating education) or (paulo freire)
SCOPUS	(KEY (“aged” or “aged, 60 and over” or “seniors” or “older and people” or “older and adults” or “elderly”) and KEY (“educational practices” or “health education”) and KEY (“liberating education” or “Paulo freire”))
WEB OF SCIENCE	old woman and educational practices or health education and Paulo freire
COCHRANE	aged in title abstract keyword and educational practices in title abstract keyword or health education in title abstract keyword and paulo freire in title abstract keyword

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

As publicações encontradas foram armazenadas e organizadas no gerenciador de referências Endnote Web®, para identificação e exclusão de duplicatas. Posteriormente foram importadas para o aplicativo Rayyan Web®, onde ocorreu a segunda etapa de exclusão das duplicatas e decisão de permanência das publicações pelos autores às cegas. Nessa etapa, foi realizada a leitura exploratória de títulos e resumos por pares de revisores de forma independente, julgando os estudos que tinham relações com a pergunta e objetivo da pesquisa. As discordâncias foram resolvidas por consenso entre pares e pela avaliação de um terceiro revisor, quando mantida a discordância. Os estudos pré-selecionados foram lidos na íntegra para avaliação do conteúdo quanto à sua contribuição na compreensão do fenômeno estudado e posterior síntese de dados.

Para a extração dos dados foi utilizado um formulário desenvolvido pelos autores, com as seguintes informações: identificação do artigo, autor, ano de publicação, objetivo, desenho do estudo, participantes, principais resultados e conclusões dos estudos, prática educacional e os construtos de Paulo Freire contemplados, seguida de descrição detalhada de como aconteceu. Essas informações foram dispostas em dois quadros, de modo alinhado ao objetivo desta revisão de escopo.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente Monique de Freitas Gonçalves Lima.

RESULTADOS

Nas bases de dados inicialmente identificou-se 2.694 artigos, após remoção das duplicadas, restaram 2.631 artigos e acrescentados mais 04 estudos da literatura cinzenta, totalizando 2.635 estudos. Após leitura de título e resumo, foram excluídos 2609 artigos por não abordarem a temática desta pesquisa. Ficaram selecionados 26 publicações para leitura na íntegra. Posteriormente excluiu-se 10 por não abordarem práticas educacionais utilizando o referencial de Paulo Freire. Adicionalmente, foi utilizada a estratégia de busca *Snowballing* nas referências dos artigos selecionados para esta revisão, entretanto não foi identificado estudos que atendessem os critérios de inclusão. A amostra final foi composta de 16 publicações, conforme o guia internacional PRISMA (Figura 1).

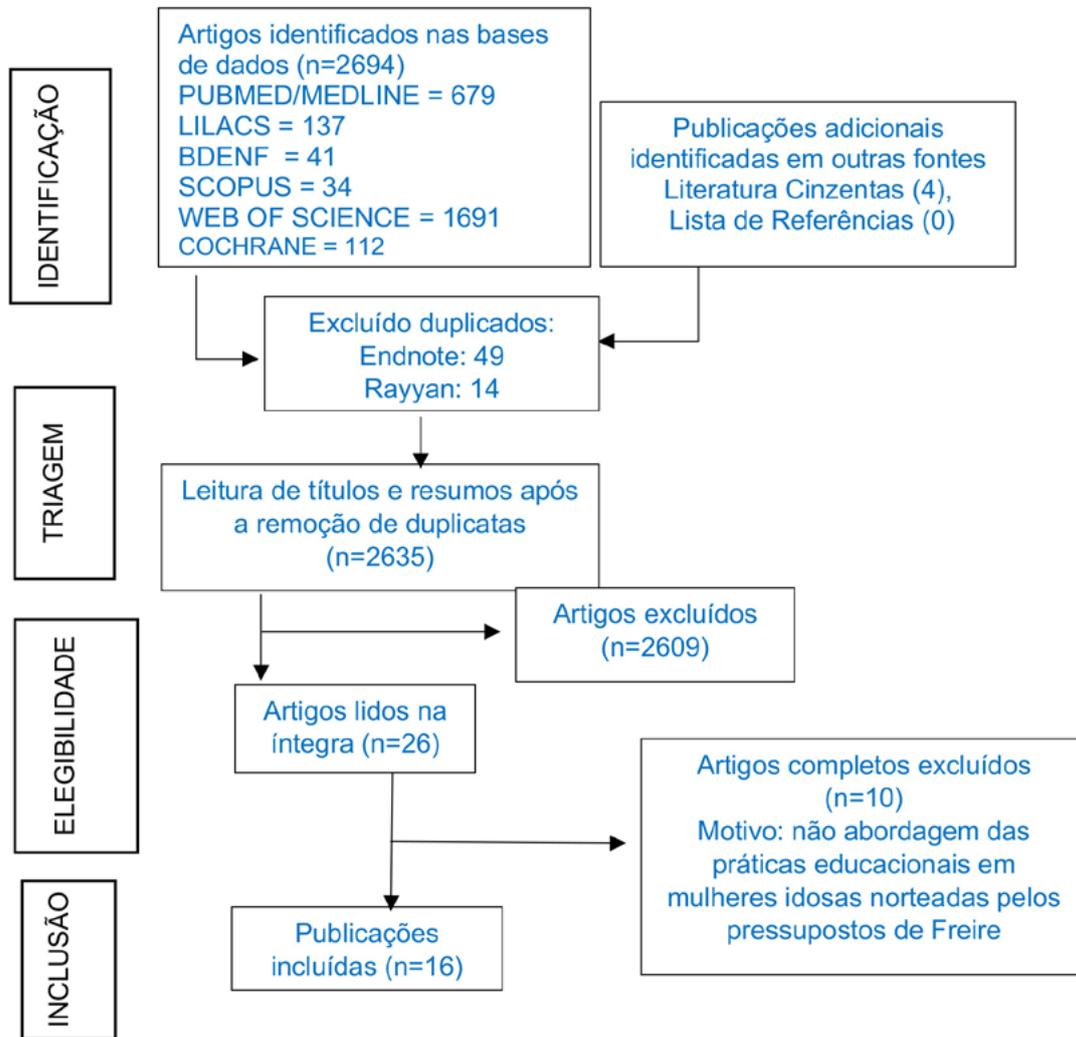


Figura 1. Fluxograma Prisma adaptado do PRISMA-ScR segundo o Joanna Briggs Institute⁸. Recife, PE, Brasil, 2022.

Dentre os 16 artigos encontrados, 05 foram na base de dados da Lilacs¹²⁻¹⁶, 07 na Scopus¹⁷⁻²³ e 04 estudos na literatura cinzenta²⁴⁻²⁷, através de pesquisa utilizando os descritores e palavras chaves por meio do Google Acadêmico. As publicações se apresentaram dispersas entre os anos de 1999 a 2021, o idioma predominante foi o português com quatorze estudos realizados no Brasil e um estudo em inglês, realizado no Canadá¹⁸. Em relação ao desenho dos estudos, foram predominantes a abordagem qualitativa, ancorada na observação participante^{12,14,15,18,21}, seguido de relato de experiência^{13,23,25,26} e pesquisa-ação^{17,20}. (Quadro 2).

Os construtos de Paulo Freire identificados no Quadro 3, foram: diálogo, problematização, autonomia, respeito pelo educando, escuta atenta, construção bilateral do conhecimento, participação, criticidade, amorosidade, horizontalidade. Os conceitos subjacentes foram a reflexão crítica, a conscientização, as relações dialógicas entre educador e educando e o caráter transformador da educação. Em relação as práticas educacionais, foram encontrados círculos de cultura^{12,18,20,23,27}, oficinas^{13,15,21,26,27} o uso de jogos interativos^{16,24}, exposição dialogada¹⁷, ações coletivas na comunidade¹⁹, implantação de programa educacional¹⁴ e programa de orientação para familiares²⁵, sendo as três primeiras mais utilizadas.

Quadro 2. Caracterização dos estudos que compuseram a amostra (n=16). Recife, PE, 2022.

ID*	Autor/ano/ Desenho do estudo	Objetivo	Participantes	Principais resultados e conclusões dos estudos
1	Alves, 2012 ¹² Pesquisa qualitativa	Conhecer a percepção dos usuários e profissionais sobre grupos de saúde.	Profissionais e 15 usuários, predominando o sexo feminino.	Os círculos de cultura (CC) possibilitaram a aproximação entre profissionais e usuários por meio do diálogo, percebendo-se como ferramenta para práticas de saúde mais participativas e emancipatórias.
2	Baldissera, 2012 ¹⁷ Pesquisa qualitativa do tipo pesquisa ação	Explorar a expressão da sexualidade das mulheres mais velhas.	Seis mulheres com média de idade de 67 anos	As estratégias propostas e apoiadas em Paulo Freire contribuíram para identificar e refletir sobre a superação das dificuldades que envolvem a sexualidade.
3	Camargo-Plazas, 2020 ¹⁸ Texto Reflexivo	Recomendar a integração dos CC no desenvolvimento de programas de Educação de Autogestão do Diabetes em pessoas idosas	NA	O CC contribuiu para a educação e empoderamento por meio de sua ênfase na educação problematizadora e na colaboração mútua entre pessoas idosas e profissionais de saúde.
4	Gautério, 2013 ¹⁹ Texto Reflexivo	Enfatizar a importância da educação em saúde pautada nos princípios de Paulo Freire, permeando as ações voltadas para a pessoa idosa	NA	A educação em saúde pode contribuir para o desenvolvimento de ações que visem à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas, tornando-os conscientes de decisões sobre sua saúde e capazes de realizar seu autocuidado.
5	Mendonça et al, 2013 ¹³ Relato de experiência	Relatar a experiência de oficinas com pessoas idosas como estratégia de educação em saúde, à luz do pensamento Freireano.	Participação de 20 pessoas idosas em quatro oficinas, 80% era do sexo feminino entre 60-70 anos.	O espaço dialógico possibilitado pelas oficinas permitiu a interação entre o grupo, a expressão de vivências e a desmistificação de ideias/conceitos acerca do uso de medicamentos.
6	Moura e Silva, et al., 2019 ²⁰ Qualitativa	Descrever o desenvolvimento de ações educativas para prevenção e detecção precoce do câncer de mama em mulheres idosas através de CC.	13 mulheres idosas	As trocas de experiências favoreceram a aprendizagem coletiva a partir da junção do saber científico debatido de forma dinâmica e adaptado à realidade das participantes.
7	Patrocínio e Pereira, 2013 ¹⁴ Qualitativa	Avaliar os efeitos de um programa de educação popular em saúde dirigido as pessoas idosas comunitários sobre suas atitudes em relação à velhice.	16 idosos, sendo 15 mulheres	As intervenções podem favorecer a qualidade de vida de pessoas idosas e promoveram uma visão mais positiva da própria velhice.
8	Portela, 1999 ²¹ Qualitativa	Construir um processo educativo, para um envelhecer saudável a partir de práticas culturais de saúde.	Mulheres rurais com idade até 63 anos	Possibilitou um processo de cuidar/educar valorizando as referências culturais trazidas pelas clientes, considerando suas diferenças.

continua

Continuação do Quadro 2

ID*	Autor/ano/ Desenho do estudo	Objetivo	Participantes	Principais resultados e conclusões dos estudos
9	Tavares e Rodrigues, 2002 ²² Estudo descritivo de natureza quanti qualitativo	Identificar as necessidades educativas em saúde e elaborar propostas adequadas de acordo com as necessidades identificadas.	Pessoas Idosas a partir de 60 anos de idade, com diabetes mellitus tipo 2, das quais 76,92% são do sexo feminino	A partir dos temas geradores no grupo, elaborou-se uma proposta educativa, baseada no modelo de educação conscientizadora de Freire, conduzindo as pessoas idosas a refletir sobre a interferência do diabetes mellitus em sua vida e as possíveis formas de enfrentamento.
10	Alencar et al, 2008 ¹⁵ Qualitativo	Refletir sobre as vivências de sala de aula com pessoas idosas de uma universidade da terceira idade.	19 sujeitos, com idade entre 61 a 79 anos, dos quais 17 eram do sexo feminino	A educação nutricional balizada nos fundamentos da educação popular, foram determinantes no desencadeamento de querelas sociais e políticas presentes na discussão do envelhecimento contemporâneo.
11	Olympio, 2015 ¹⁶ Qualitativo	Implementar jogos como uma gerontotecnologia aplicada com pessoas idosas.	Destacaram-se no estudo, pessoas idosas do gênero feminino (81,25%)	As práticas lúdicas facilitaram o diálogo em grupo, e foi possível identificar e discutir no coletivo como cada pessoa idosa se percebe no seu meio familiar e na sociedade, bem como no cuidado de si.
12	Olympio e Alvim, 2018 ²⁴ Qualitativo	Criar um jogo de tabuleiro como gerontotecnologia voltada a promoção do envelhecimento ativo e saudável	31 pessoas idosas de ambos os sexos	A gerontotecnologia implementada agiu como elemento lúdico como potencializador de memória, autoestima, processos de socialização, trocas de experiências e aprendizagem compartilhada
13	Souza et al, 2021 ²³ Relato de experiência	Relatar a experiência de um Círculo de Cultura Virtual (CCV), a fim de ofertar um espaço promotor da saúde no enfrentamento da covid-19.	Foram envolvidas sete famílias brasileiras, totalizando a participação de 21 pessoas, com idades entre 10 e 82 anos.	O desenvolvimento do CCV favoreceu a aproximação dos partícipes, viabilizando a integração de pessoas distantes geograficamente, oportunizado por meio de um espaço de acolhimento e diálogo horizontal, promovendo a saúde.
14	Diogo et al, 2005 ²⁵ Relato de experiência	Apresentar e discutir um programa de educação em saúde para pessoas idosas que cuidam de idosos no domicílio.	08 pessoas idosas com faixa etária entre 56 a 75 anos.	O programa possibilitou o melhor enfrentamento das dificuldades, a compreensão das distintas alterações presentes na velhice, e o desenvolvimento de procedimentos que facilitaram a relação com outras pessoas idosas no dia-a-dia.
15	Moura et al, 2010 ²⁶ Relato de experiência	Descrever o perfil das mulheres idosas que procuram o serviço especializado e analisar a situação de saúde com enfoque prioritário para a melhoria da qualidade da assistência.	O Centro de Convivência comporta 185 Inscritos, desse quantitativo, 180 são mulheres, com média de idade de 70 anos.	A qualidade das práticas individuais e coletivas contribuíram para o protagonismo de mulheres no meio familiar e comunitário por meio do Programa de Assistência Integral à Pessoa Idosa.
16	Pereira et al, 2021 ²⁷ Quanti-Qualitativo	Caracterizar o perfil das pessoas idosas participantes da oficina “Diálogos com quem gosta de ler e escrever”	66 pessoas idosas, predominantemente mulheres	Os resultados revelaram que a oficina por meio de círculos de cultura trouxe mudanças positivas, possibilitando novos sentidos e sentimentos de bem-estar nas pessoas idosas.

NA: não se aplica, pois representa a prática de profissionais. CC: círculos de cultura. Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 3. Mapeamento das práticas educacionais norteadas pelos construtos de Paulo Freire utilizados pelos estudos. Recife, PE, 2022.

ID	Autor/ano	Construtos teóricos de Paulo Freire que nortearam a prática educacional	Tipo de prática educacional	Descrição da prática educacional
1	Alves, 2012 ¹²	Diálogo, horizontalidade, Autonomia, Respeito pelo educando, Problematização	Círculos de cultura (CC)	Foram realizados seis CC em duas unidades de saúde, com usuários e profissionais com duração de aproximadamente uma hora, sendo desvelados duas temáticas consideradas mais significativas: desconhecimento do que é grupo e metodologia utilizada no grupo.
2	Baldissera, 2012 ¹⁷	Diálogo, Autonomia Problematização	Painel dialogado, dinâmica de opiniões, dinâmicas denominadas: O espelho e A foto	Foram realizados diálogos e dinâmica de opiniões sobre a sexualidade, incentivando o diálogo, a reflexão, exposição de ideias e promover o respeito. Foi utilizada a dinâmica do espelho para promover o reconhecimento das próprias crenças e valores sobre sexualidade e uma foto para promover a valorização do autoconceito, autoestima, abordar o corpo envelhecido e promover discussão sobre a beleza.
3	Camargo-Plazas, 2020 ¹⁸	Problematização Diálogo	Círculos de cultura	Foi proposto um programa de educação em autogerenciamento do diabetes para pessoas idosas diabéticas, com 3 fases dialéticas. Inicialmente é investigado a temática, posteriormente são identificados os temas relacionados aos problemas identificados e na terceira fase os participantes se envolvem em um processo de problematização.
4	Gautério, 2013 ¹⁹	Dialogicidade, respeito pelo educando e autonomia	Ações coletivas na comunidade, atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários	Refletiu-se sobre as ações em saúde desenvolvidas por enfermeiros para que se constituam como uma estratégia eficaz, as quais devem ser direcionadas para a realidade cultural das pessoas idosas/educandos, trabalhando o problema a partir do pensamento coletivo, análise das crenças e valores sobre determinada situação.
5	Mendonça et al, 2013 ¹⁵	Diálogo, Problematização, autonomia	Oficinas	Foi utilizado metodologias participativas e técnicas lúdicas, como: abordagens individuais e em grupos para conhecimento da realidade dos sujeitos acerca de como faziam uso das medicações prescritas; teatro; dinâmicas de integração e descontração; uso de material artesanal para confecção de caixas para armazenamento de medicações pelas pessoas idosas, possibilitando o desenvolvimento e estímulo da coordenação psicomotora.
6	Moura e Silva, et al., 2019 ²⁰	Diálogo, Problematização, Escuta atenta, construção bilateral do conhecimento	Círculos de cultura	Foram realizados 4 CC. No primeiro foi realizado uma dinâmica de apresentação e discussão acerca do conceito de câncer instigando a geração de palavras. No segundo realizou-se um diálogo sobre os métodos de autocuidado com suas mamas a partir do autoexame, geração de ideias sobre a temática detecção precoce, no terceiro foi realizada leitura de uma história fictícia para instigar o raciocínio crítico e no quarto ocorreu uma dinâmica.

continua

Continuação do Quadro 3

ID	Autor/ano	Construtos teóricos de Paulo Freire que nortearam a prática educacional	Tipo de prática educacional	Descrição da prática educacional
7	Patrocínio e Pereira, 2013 ¹⁴	Autonomia, Problematização, diálogo, reflexão crítica, conscientização, relações dialógicas entre educador e educando; o caráter transformador da educação	Implantação de um programa de educação popular para pessoas idosas	O programa foi realizado com um encontro semanal de cerca de 150 minutos, durante quatro meses. Foram escolhidas temáticas para serem organizadas pelo programa: memória, distúrbios do sono, atividade física, alimentação saudável, saúde bucal, emoções e sentimentos na velhice, uso de medicamentos, instruções sobre saúde, imagem positiva do envelhecimento, maus-tratos as pessoas idosas e atividades terapêuticas (lian gong, tai chi chuan, yoga, massagem e argila terapêutica).
8	Portela, 1999 ²¹	Diálogo reflexivo, a reflexão-ação conjunta, enfermeira e grupo, o respeito ao saber popular,	Oficinas	Os encontros ocorriam quinzenalmente, com uma hora e meia de duração. Ocorreu em quatro etapas: a primeira conheceu o grupo por meio de levantamento de dados; a segunda identificou as práticas culturais de saúde gerando o diagnóstico da situação; a terceira construiu com o grupo novas práticas culturais de saúde, e a última foi analisado o processo de mudança das práticas culturais de saúde.
9	Tavares e Rodrigues, 2002 ²²	Autonomia, diálogo, participação, criticidade, respeitar suas crenças, seus sentimentos e sua cultura	Exposição dialogada relacionada ao tema, discussões e estratégias de interação em grupo, fornecimento de cartilha, entre outros	A partir das entrevistas com as pessoas idosas, emergiram 4 temáticas: Diabetes mellitus tipo 2, Atenção nos serviços de saúde, Doenças Associadas, A pessoa idosa diabética. Para cada temática foram traçados objetivos gerais e específico, definido o conteúdo programático a ser abordado e as estratégias de ensino para serem seguidas.
10	Alencar et al, 2008 ¹⁵	Educação Crítica, com ênfase na concepção pedagógica problematizadora de Paulo Freire no que tange aos aspectos de conscientização, libertação, transformação dos sujeitos e humanização	Foram realizadas oficinas e utilizou-se de materiais educativos	Foram ministradas aulas durante 31 encontros, de 2h. As atividades programáticas foram desenvolvidas utilizando-se as seguintes técnicas de ensino: pontos de reflexão e debate; comunicação oral; relato de experiências; trabalhos em grupo; dinâmicas de grupo; atividades práticas; leituras de pequenos textos, reportagens de revistas e jornais, além de técnicas de relaxamento utilizando a música.
11	Olympio, 2015 ¹⁶	Diálogo, Problematização	Foram recriados quatro jogos: tabuleiro, memória, quebra-cabeça e bingo.	Os dados foram produzidos através de entrevistas individuais, discussão em grupo e observação participante. As fases de desenvolvimento da pesquisa foram: sensibilização das pessoas idosas quanto ao estudo, entrevistas individuais, encontros com os grupos de convergência para discussão e implementação da gerontotecnologia e avaliação sobre todo o processo.

continua

Continuação do Quadro 3

ID	Autor/ano	Construtos teóricos de Paulo Freire que nortearam a prática educacional	Tipo de prática educacional	Descrição da prática educacional
12	Olympio e Alvim, 2018 ²⁴	Diálogo, problematização.	Jogo de tabuleiro	O estudo foi dividido em 3 etapas e o jogo de tabuleiro foi apresentado aos idosos no terceiro encontro com cada grupo, o jogo contém seis peças representando as pessoas idosas; vinte e uma cartas coordenando a dinâmica entre os participantes e um tabuleiro com as regras do jogo.
13	Souza et al, 2021 ²³	Amorosidade, dialogicidade, escuta atenta, horizontalidade	Círculo de Cultura Virtual (CCV)	O CCV foi realizado durante o período de quarentena, as etapas do Itinerário de Pesquisa foram realizadas por meio da analogia com a construção de uma casa, que depende de todas as suas estruturas para manter-se edificada. Foi organizado um quebra-cabeça para realizar a construção da casa, com vistas a tornar a discussão acerca do enfrentamento da covid-19 mais interativa e dialógica.
14	Diogo et al, 2005 ²⁵	Ação educativa fundamentou-se nas experiências vividas pelos sujeitos, além da autonomia e problematização	Programa de orientação para familiares de idosos fragilizados	Elaborou-se o "Programa de orientação para familiares de pessoas idosas fragilizadas", que forneceu subsídios a familiares desse público para a realização do cuidado no domicílio. Foi abordado diversas temáticas conforme a necessidade do grupo, utilizando de recursos audiovisuais e estratégias, como: a problematização e a vivência das pessoas idosas, o desenho livre, a exposição oral e atividades práticas.
15	Moura et al, 2010 ²⁶ .	Foi elaborada e desenvolvida à luz da Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire.	Oficinas	Foram criados vários grupos de trabalho decorrentes da necessidade das demandas apresentadas como oficinas de alfabetização, grupo de atividade auto expressiva, ciclo de debates, grupo informativo e reflexivo, oficina de memória e criatividade, grupo vivenciando a dança, oficinas de artesanato, entre outros.
16	Pereira et al, 2021 ²⁷	Diálogo Problematização Autonomia	Oficinas e círculo de cultura	As oficinas aconteceram por meio de CC e comparou as habilidades neuropsicológicas dos participantes idosos ao iniciar e concluir a oficina. As práticas de educação permanente dirigidas ao público de pessoas idosas escolarizadas, em uma perspectiva freireana de CC, contribuiu para a melhoria de desempenho das funções neuropsicológicas e dos tempos de respostas aos desafios diários.

CC: Círculo de cultura. Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Dentre as práticas educacionais identificadas nos estudos que utilizaram os construtos de Paulo Freire, destacaram-se as metodologias participativas que foram permeadas por atividades lúdicas. As atividades em grupo como os círculos de cultura, oficinas e o uso de jogos interativos foram bastante utilizados entre as mulheres idosas. Além disso, observou-se ações coletivas na comunidade, implantação de programa educacional, exposição dialogada e programa de orientação para familiares.

Durante as ações educacionais, o uso de pressupostos utilizados por Paulo Freire busca conscientizar e politizar as pessoas, na medida em que problematizam sua realidade e redescobrem-se como sujeitos instauradores de suas experiências. Quando esse processo acontece na educação em saúde, tem a finalidade de promover a inclusão social, principalmente de grupos mais vulneráveis como as pessoas idosas, encorajando essas pessoas na tomada de decisões acerca de temas que possam melhorar a qualidade de vida^{6,28,29}.

Uma das práticas educacionais utilizadas foi o Círculo de Cultura, que traz consigo a representação de um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimentos, em que os sujeitos se reúnem no processo de educação, para investigar temas de interesse do próprio grupo. Permite o estabelecimento de uma relação de diálogo entre os atores sociais de pesquisa e pesquisadores²⁹. Desta forma, a utilização dos construtos de Freire desvela a realidade social vivenciada pelo grupo analisado, podendo-se expandir as reflexões geradas e levar a novas propostas de ação sobre o cotidiano, a fim de promover a saúde dos envolvidos^{30,31}.

Os círculos de cultura aplicados nos estudos^{12,18,20,23}, abordaram temáticas como: grupos de saúde, autogerenciamento do diabetes *mellitus*, câncer de mama e covid-19. Foram realizados de formas distintas de acordo com a realidade local e situação sanitária, como no caso da temática da covid-19²³, o qual possibilitou o desenvolvimento de círculos de cultura virtuais. Essa prática permitiu a aproximação dos usuários com os profissionais de saúde ao abordar temáticas de

interesse coletivo, promovendo o empoderamento e autonomia do público.

Outras práticas que utilizam os construtos de Freire com finalidades equivalentes são as ações coletivas¹⁹, programa educacional e de orientação¹⁴, exposição dialogada^{17,22} e oficinas^{13,15,21,26} o qual proporcionam o compartilhamento de informações, vivências e experiências relevantes, não só as mulheres idosas, mas também aos profissionais de saúde que as aplicam.

A utilização dessas práticas aplicadas as pessoas idosas, implica em um repensar da autonomia desse público e quando voltada à construção de uma nova concepção acerca do conhecimento, apresenta-se como preditora de qualidade de vida na velhice e no processo de envelhecimento. Sendo necessário promover na velhice a mudança dos paradigmas, oferecendo as mulheres idosas uma transformação da sua vida, para a tomada de consciência, libertação, emancipação e autonomia³².

Dentre as práticas, a estratégia educacional de círculo de cultura, se mostrou positiva no processo de aprendizagem quando relacionado a doenças crônicas (DC) e estimulando a participação das pessoas idosas, ampliando sua capacidade de decisão acerca do tratamento^{18,20}. Além disso, pode auxiliar na redução de impactos provocados pelas DC em relação a morbidade e mortalidade, corroborando com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) de reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis^{29,20}.

As práticas educacionais foram realizadas por profissionais de saúde, nas comunidades ou dentro dos serviços de saúde, com as usuárias do serviço e foram executadas de formas distintas. Abordaram temáticas sobre as práticas culturais de saúde, oficinas de alfabetização, Oficina de memória e criatividade, uso de medicamento, nutrição, Saúde e Envelhecimento. A realização dessas práticas possibilita a valorização das referências culturais trazidas pelas mulheres idosas por meio do processo de cuidar/educar, permitindo a interação entre o grupo, a expressão de vivências, respeitando sua integridade, proporcionando atividades culturais, de lazer e educativas^{13,15,21,26}.

Uma proposta de práticas educacionais com a população idosa que se destacou nos últimos anos foi a utilização de jogos. Foram identificados jogos de tabuleiro, memória, quebra-cabeça e bingo^{16,24}. O uso de jogos com idosas podem proporcionar um recurso lúdico com expectativa de potencializar as funções cognitivas, a socialização, a dialogicidade e a aquisição de conhecimentos, repercutindo de forma positiva na sua saúde^{16,24}.

Esse recurso educativo conduz a uma participação coletiva, oportunizando a interação, a reflexão e apreensão das informações compartilhadas e contribui para a tomada de consciência da população idosa acerca de suas limitações e possibilidades em relação ao processo de envelhecer, permitindo melhor adesão a tratamentos e manutenção da capacidade funcional por maior tempo^{25,33-36}. Entretanto, há uma carência de estudos que apliquem essas tecnologias em mulheres idosas.

Em relação ao desenho do estudo, percebeu-se nesta revisão a predominância de estudos qualitativos, esse método possibilita a apreensão de informações valiosas sobre as experiências e necessidades dos indivíduos em contextos específicos, além de facilitar a compreensão e a interpretação dos significados. Quando se busca conhecer as práticas educacionais desenvolvidas com pessoas idosas, o método qualitativo tem sido o mais utilizado³⁶. Esse método associado as práticas educacionais utilizando a base teórica de Paulo Freire, poderá contribuir para uma prática de autocuidado de acordo com realidade dos indivíduos^{5,7,37,38}.

O olhar dos profissionais de saúde nas práticas educacionais, de acordo com os pressupostos de Freire, deve prezar por ações que busquem desenvolver a autonomia e o autocuidado das pessoas com sua saúde. Essas ações devem ocorrer de forma horizontalizada, não limitada de um saber técnico científico detido pelo educador, mas principalmente pelo estímulo ao desenvolvimento de competências naquela população para lidar com as dificuldades que surgem com o processo de envelhecimento³⁹.

Neste sentido, pensar em uma educação para e com a mulher idosa tem se tornado um desafio, e aliado a essa problemática, soma-se a proposta de pensar práticas de educação que sejam, ao

mesmo tempo, problematizadoras, permanentes e transformadoras, e que sejam capazes de oportunizar as ferramentas necessárias as pessoas idosas na sua participação e intervenção nas tomadas de decisões referentes às suas próprias vidas e à sua vida no coletivo³⁷⁻³⁹.

A principal lacuna identificada nesta revisão foi a escassa produção na literatura sobre o tema. Entretanto, este estudo ao permitir identificar as práticas educacionais para pessoas idosas, auxilia os profissionais de saúde a selecionar a mais adequada. Além disso, poderá contribuir com a qualidade de vida ao ofertar dispositivos dialógicos, reflexivos, problematizadores e de acordo com suas realidades. Como limitação, pode não ter sido contemplado todas as evidências sobre as práticas, por ter incluído apenas os estudos disponíveis na integra.

CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo possibilitou mapear evidências sobre as práticas educacionais para mulheres idosas norteadas pelos construtos de Paulo Freire. Destacou-se os círculos de cultura, as oficinas e o uso de jogos, como estratégias utilizadas nas práticas educacionais. Essas ações foram norteadas por abordagens dialógicas, problematizadoras e emancipatórias se configurando como estratégias de promoção da saúde inovadoras.

O estudo traz resultados que oportuniza aos profissionais de saúde quanto a escolha e o desenvolvimento de práticas educacionais com o intuito de melhorar a qualidade de vida de mulheres idosas. Deste modo, faz-se necessário desenvolver processos comunicativos entre equipe de saúde e as usuárias, produzindo estratégias que fortaleçam sua autonomia e independência. Nessa perspectiva, as concepções epistemológicas de Paulo Freire podem subsidiar as práticas educacionais com mulheres idosas.

Percebe-se que as literaturas encontradas mostraram que as práticas educacionais são participativas e dialógicas e poderão contribuir no empoderamento da mulher idosa quanto ao autocuidado. É essencial o desenvolvimento de mais estudos utilizando práticas educacionais planejadas conforme as especificidades das idosas, visando

melhores resultados na promoção do cuidado a essa população.

AUTORIA

- Monique de F. G. Lima - análise e interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Francisca M. P. Linhares - análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

- Eliane M. R. de Vasconcelos - análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada.
- Gilson N. Freitas - análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada.
- Anna Karla de O. T. Borba - análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada.
- Laís Helena de S. S. Lima - análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada.

Editado por: Yan Nogueira Leite de Freitas

REFERÊNCIAS

1. Oliveira FA, Lima AF de, Santiago AB, Moura D de JM, Guedes MVC, Coelho M de MF. A prática de atividades lúdicas para promoção da saúde à pessoa idosa: uma experiência com oficinas educativas. *Rev APS [Internet]*. 2021 [acesso em 2023 mar 28]; 23(4). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16724>
2. Silva Sousa NF, Lima MG, Cesar CLG, de Azevedo Barros MB. Active aging: Prevalence and gender and age differences in a population-based study. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2018 [acesso em 2023 mar 28]; 34(11):e00173317. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CgHpmyrd4pDy3yq5dMLmLbs/>
3. Cepellos VM. Feminization of aging: a multifaceted phenomenon beyond the numbers. *Rev Adm Empres [Internet]*. 2021 [acesso em 2023 mar 28]; 61(2):1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFzHKyBhqGPc4j/>
4. Alvaro SSS de O, Mello LA de, Bernardo LD, Raymundo TM. Navegando em ondas virtuais: barreiras e facilitadores para a inclusão digital de idosos. *Res Soc Dev [Internet]*. 2022 [acesso em 2023 mar 29]; 11(9):e19111931685. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31685>
5. Abreu MA, Soares FD de S, Carvalho DP de SRP. Contribuições de Paulo Freire para o ensino em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Temas em Educ [Internet]*. 2021 [acesso em 2023 mar 29]; 30(3):141–56. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/59991>
6. Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. 43ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2006.
7. Nemer CRB, Silva MP da, Santos ISR, Ferreira LD, Flexa R dos S, Teixeira E. Freireanas categories in nursing undergraduate education: integrative literature Review. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]*. 2020 [acesso em 2023 mar 29]; 1157–64. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8023/pdf_1
8. Antonini FO, Heideman ITSB. Paulo Freire's research itinerary: contributions for promoting health in the teaching profession. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2020 [acesso em 2023 mar 29]; 73(4):e20190164. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/C6dx6SyfFgm9txBtTnWcDhh/?lang=en>
9. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Baldini SC, Khalil H, Parker D. *Scoping Reviews*. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Austrália: The Joanna Briggs Institute; 2017.
10. Joanna Briggs Institute (JBI). *Reviewer's manual: 2015 edition/supplement*. Austrália: JBI; 2015.
11. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-6.
12. Alves LH de S, Boehs AE, Heidemann ITSB. Family health strategy professionals and users' perception on health promotion groups. *Texto e Context Enferm [Internet]*. 2012 [acesso em 2023 mar 30]; 21(2):401–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Jc7vRdKrPqkxJKG3RctDDzD/?lang=pt>

13. Mendonça ET, Fernandes L, Aires A, Amaro MO, Moreira TR, Henriques BD, et al. A experiência de oficinas educativas com idosos: (Re) pensando práticas à luz do pensamento Freireano. *Rev APS* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 mar 30];16(4):479–84. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15199>
14. Patrocínio WP, Pereira B da P da C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 mar 29]; 11(2):375-394. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/rKF9t3hYRSzqFgMtj9yvVnm/>
15. Alencar MDSS, Barros FDO, Resende Gonçalves De Carvalho CM. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. *Rev Nutr* [Internet]. 2008 [acesso em 2023 mai 02]; 21(4):369–381. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/kn3HWwdjtjBznzWdh3Ly5Xk/abstract/?lang=pt>
16. Olympio PCAP. Gerontotecnologia na enfermagem: o emprego de jogos na educação em saúde com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável. / Paula Cristina de Andrade pires Olympio. –Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.
17. Baldissera VDA, Bueno SMV, Hoga LAK. Aperfeiçoamento da sexualidade de mulheres idosas por meio da educação emancipatória. *Health Care for Women International*. 2012, 33 (10), 956-972.
18. Camargo-Plazas P, G. Costa I, Alvarado B, Duhn L, Tregunno D. Adapting Paulo Freire's Participatory Education to Develop Self-Management Education Programs for Seniors With Diabetes. *Can J Diabetes* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 mai 02]; 45(6):575–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33308983/>
19. Gautério DP, Vidal DAS, Barlem JGT, Santos SS. Action by nurses to educate older adults: the family health strategy. *Rev Enferm UERJ*. 2013 [acesso em 2023 mai 04]; 21(2):824–8. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/12302/9581>
20. Moura E Silva AD, Barbosa ICFJ, Nery IS, Luz NSA, Fernandes AFC. Health education of elderly women's breasts by circles of culture. *Cult los Cuid* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 mai 04]; 23(53):330–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.31>
21. Portella MR. Caring for healthy aging: building an educational process with rural women. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1999 [acesso em 2023 mai 04]; 52(3):355–64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9L3fDtgfpFGXpdbKhnr7k3L/?lang=pt>
22. Tavares DM dos S, Rodrigues RAP. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2002 [acesso em 2023 mai 04]; 36(1):88–96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/pvGc5qBfkr8V9hspXmmKykj/abstract/?lang=pt>
23. Souza JB, Heidemann ITSB, Massaroli A, Geremia DS. Health promotion in coping with COVID-19: a Virtual Culture Circle experience. *Rev Bras Enferm*. 2021;74.
24. Olympio PC de AP, Alvim NAT. Board games: gerontechnology in nursing care practice. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 mai 04]; 71 2:818–26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D6WJPNcXg4K8DLXBYHrS6Cz/?lang=pt>
25. Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. Teaching program for elderly women who care for elderly relatives in their home: report of experience. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005 [acesso em 2023 mai 05]; 39(1):97–102. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/WwPQLpRzgy6SYHBtPhPHJP/>
26. Moura MAV, Domingos AM, Rassy ME de C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 [acesso em 2023 mai 04]; 14(4):848–55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/S3Brx55Bx66QJWPPrK8S4Bm/>
27. Pereira DDA, Todaro MDÁ, Cachioni M. Educação permanente e o círculo de cultura freireano: diálogos com idosos. *Ideação* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 mai 05]; 24;23(2):46–64. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/26624>
28. Souza EM, Silva DPP, de Barros AS. Popular education, health promotion and active aging: An integrative literature review [Internet]. Vol. 26, *Ciência e Saúde Coletiva*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2021. p. 1355–68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gKNHyg95H4SQgKQ3hxnzNZx/>
29. Rodrigues ST, De Paula SF, Pedrosa VSM, Cecagno D, Nunes S dos S, De Siqueira HCH. Práticas educativas na sala de espera de uma unidade básica de saúde. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 mai 05]; 24;9(5):e14952392. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2392>
30. Durand MK, Heidemann ITSB. Quilombola women and Paulo Freire's research itinerary. *Texto e Context Enferm*. 2020 [acesso em 2023 mai 05]; 29:1–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0270>

31. Santos PA dos, Heidemann ITSB, Marçal CCB, Arakawa-Belaunde AM. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Audiol - Commun Res* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 mai 05]; 6;24:e2058. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/WkNqN959jCrJkP8yPntdT5k/abstract/?lang=pt>
32. Pereira DDA, Todaro MDÁ, Cachioni M. EDUCAÇÃO PERMANENTE E O CÍRCULO DE CULTURA FREIREANO: DIÁLOGOS COM IDOSOS. *Ideação* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 mai 07]; Jun 24;23(2):46–64. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/26624>
33. Munhoz OL, Ramos TK, Moro B, Timm MS, Venturini L, Cremonese L, et al. HEALTH BINGO WORKSHOP: AN EDUCATIONAL EXPERIENCE IN HEALTH WITH ELDERLY GROUPS. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 mai 07]; 20:e-968. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622016000100504&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
34. Cordeiro JR, Fadel LM. Jogos Digitais para Idosos—uma experiência de ensino. *Seminário de Jogos Eletrônicos, Educação e Comunicação*, 2019.
35. Pires AK, Nunes ID. O uso de jogos digitais pela pessoa idosa: suas vantagens e consequências. *Rev Longevidade* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 mai 07]; 16. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/view/990>
36. Lucca DC, Hammerschmidt KS de A, Girondi JBR, Fernandez DLR, Carvalho AA de, Rosa S dos S, et al.. Game of Attitudes: educational gerontechnology for the elderly undergoing haemodialysis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 mai 07]; 73:e20180694. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0694>
37. Oliveira PA, Santos PMF, Alves FR, Garcia LAA, Malaquias BSS, Santos AS. Educação permanente e práticas educativas para o idoso: revisão integrativa. *Rev Recien - Rev Científica Enferm* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 mai 07]; 22;11(36):626–47. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/548>
38. FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Editora Paz e terra, 2014.
39. Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, Oliveira MF de, Quirino G da S, Machado M de FAS. Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 mai 10]; 24;22(4):e190022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/xmDgQQxDN4gPRWgTQHysZXn/?lang=en>



Desejos e vontades de pessoas idosas institucionalizadas sobre a terminalidade de vida

Desire and will of institutionalized older adults regarding end-of-life terminality

Fabiane Marzari Possatti¹ 

Silvana Bastos Cogo¹ 

Nara Marilene Oliveira Girardon Perline¹ 

Larissa Venturini² 

Marinês Tambara Leite³ 

Cenir Gonçalves Tier⁴ 

Resumo

Objetivo: O presente estudo objetivou conhecer os desejos e vontades de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sobre a terminalidade de vida. **Método:** Tratou-se de pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, em que participaram 18 pessoas idosas de duas ILPI de uma cidade no centro do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2022 por meio da entrevista semiestruturada e utilizando o recurso das cartas na mesa. Os dados foram submetidos à análise textual discursiva. **Resultados:** Emergiram cinco categorias: acolhimento e aceite da família: a morte na ILPI ou no domicílio e o medo de morrer só; final de um ciclo de vida: momento de resgate pessoal, despedida, afeto e fé; preservação da dignidade humana da pessoa idosa que se encontra institucionalizada na terminalidade da vida; não ser pressionado e não ser um peso para a família: desejos relacionados ao agir dos profissionais e familiares com a pessoa idosa; e a manutenção dos sentidos e consciência da morte: desejo de uma experiência benéfica, sem dor, de purificação e de entrega por meio da fé. **Conclusão:** Os desejos e vontades expressados relacionaram-se a aspectos amplos de vida. A compreensão destes configurou-se como possibilidade de os profissionais de saúde introduzirem assuntos relacionados à finitude e que essas pessoas idosas possam ter suas vozes ouvidas, sentidas e respeitadas.

Palavras-chave: Morte.

Atitudes frente à morte.

Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Idosos. Enfermagem.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós Graduação em enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Campus- Palmeiras das Missões, Centro de Ciências da Saúde. Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, RS, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Fabiane Marzari Possatti

fabiane@politecnico.ufsm.br

Recebido: 19/07/2023

Aprovado: 29/01/2024

Abstract

Objective: The present study aimed to explore the desires and wishes of older adults residing in Long-Term Care Facilities (LTCFs) regarding end-of-life terminality. **Method:** This was a descriptive and exploratory qualitative research, involving 18 older adults from two LTCFs in a city in the central region of the state of Rio Grande do Sul (RS), Brazil. Data collection took place from March to May 2022 through semi-structured interviews and using the "cards on the table" technique. The data were subjected to discursive textual analysis. **Results:** Five categories emerged: Family welcoming and acceptance: death in LTCFs or at home and the fear of dying alone; End-of-a-life cycle: a moment of personal reflection, farewell, affection, and faith; Preservation of the human dignity of older adults who are institutionalized in the terminal phase of life; Not being pressured and not being a burden to the family: desires related to the actions of professionals and family members toward the older adult; and Maintenance of senses and awareness of death: desire for a beneficial experience with pain control, purification, and surrendering of life through faith. **Conclusion:** The desires and wishes expressed were related to broad aspects of life. Understanding these desires has emerged as an opportunity for healthcare professionals to introduce topics related to finitude, allowing these older adults to have their voices heard, felt, and respected.

Keywords: Death. Attitudes towards death. Long-Term Care Facilities for older adults. Aged. Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento predispõe à maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas, para as quais não existe tratamento curativo, e está associado à situação de falta de resposta ao tratamento modificador da doença, o que pode ocasionar situações de dependência e necessidade de cuidados de longa duração¹. Frente a essa constatação, o número de pessoas idosas que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) tem aumentado em vários países, inclusive no Brasil².

As ILPIs devem ser um lar especializado com dupla função: a de proporcionar assistência gerontogeriatrica conforme o grau de dependência dos seus residentes e a de oferecer um ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a intimidade e a identidade dos seus residentes². Ressalta-se que os desejos e as vontades da pessoa idosa institucionalizada necessitam ser considerados.

No entanto, os cuidados em ILPIs têm recebido uma quantidade significativa de críticas nos últimos anos. Geralmente, o cuidado nestas instituições corresponde a ações técnicas automatizadas que priorizam o atendimento às necessidades fisiológicas, relegando as demandas originadas na singularidade³.

Observa-se que, no contexto diário de vivência em ILPIs, as equipes de enfermagem mostram-se como a linha de frente dos cuidados, permanecendo grande parte do tempo em contato direto com os residentes, direcionando suas condições de bem-estar. Assim, na perspectiva de considerar os desejos e vontades da pessoa idosa institucionalizada na terminalidade de vida, destaca-se o papel desses profissionais e os aspectos que tangenciam a saúde e qualidade de vida⁴.

Há que se destacar que a terminalidade de vida é definida quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível⁵.

Embora a percepção dos idosos sobre aspectos relacionados ao fim da vida ser reconhecida como um importante indicador de qualidade, nos ambientes institucionais ainda são escassas as considerações e investigações relacionadas a essa esfera. Na ótica das pessoas idosas institucionalizadas terem seus desejos e vontades atendidos para experienciar uma boa morte, urge os princípios dos cuidados paliativos. Estes, são cuidados holísticos ativos aos indivíduos de todas as idades com sofrimentos relacionados à saúde em decorrência de doenças graves, e àqueles que estão perto do fim da vida; têm como objetivo melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto dos seus familiares e cuidadores⁶.

A equipe de saúde das ILPIs precisa reconhecer a relevância desse momento e buscar oferecer as melhores condições de cuidado para essa última etapa da vida, considerando as individualidades associadas a esse processo e as necessidades complexas vinculadas ao estado físico e psicológico dos residentes e suas preferências e desejos.

O planejamento avançado de cuidados é considerado particularmente relevante para as pessoas idosas que residem em ILPIs devido à alta probabilidade de desenvolverem comprometimento cognitivo e perda da capacidade de tomada de decisão no final da vida⁷. Nessa lógica, as informações de vida e de valores da pessoa idosa deverão ser somadas às questões técnicas do cuidado para que se construa um planejamento de cuidados individualizado e que faça sentido para aquela pessoa; garantindo, na medida em que o quadro clínico e ou cognitivo avance, que a mesma receba tratamentos e cuidados de saúde em consonância com suas preferências⁸.

Compreendendo que a preservação da capacidade para tomada de decisão, ou seja, da autonomia das pessoas idosas, deve ser respeitada, é que se considera relevante discutir individualmente as questões da terminalidade da vida com esta população. Nesse prisma, surge a necessidade de reconhecer a pessoa idosa como um ser autônomo e sujeito da sua própria vontade. Assim, delimita-se como objetivo deste estudo conhecer os desejos e vontades das pessoas idosas residentes em ILPIs sobre a terminalidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa tem como essência compreender e analisar os fenômenos que são explorados a partir da perspectiva dos participantes, individualmente ou em pequenos grupos, em um ambiente relacionado ao contexto do estudo^{9,10}.

O estudo foi realizado em duas ILPIs filantrópicas da região Sul do Brasil e optou-se em propor o estudo nestes dois cenários para se ter amostras de pessoas idosas dos gêneros feminino e masculino.

No total, participaram 18 idosos residentes nas ILPIs, na faixa etária de 60 anos ou mais de idade. A aproximação foi por meio de contato prévio com as enfermeiras das instituições que sugeriram uma lista de nomes e, a partir desta, as pessoas idosas foram convidadas a participar da pesquisa e orientadas sobre a necessidade de previamente serem submetidas ao MEEM (Mínimo Exame de Estado Mental).

Nesta perspectiva, foram considerados os participantes que atenderam aos critérios de inclusão: idosos de ambos os gêneros biológicos, de 60 anos ou mais, que alcançaram os escores de corte estipulados pelo MEEM; e excluídos os demais que não atingiram o escore sugestivo de déficit cognitivo. A coleta ocorreu de março a maio de 2022. Para a obtenção das informações, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada em que, primeiramente, foram aplicadas perguntas fechadas referentes aos dados sociodemográficos; sendo as perguntas abertas da entrevista realizadas com auxílio do recurso “cartas na mesa”.

O instrumento supracitado foi um baralho contendo 24 cartas que descrevem os desejos e vontades de pessoas que estão na terminalidade de vida¹¹. Foi orientado à pessoa idosa dividir o baralho em três montes; e, em cada monte, o residente colocou as cartas que representavam os seus desejos e vontades no final da vida, considerando os que eram muito importantes, mais ou menos importantes e não importantes. Posteriormente, foi solicitado ao participante que, na separação das cartas nos três montes, deixasse apenas dez desejos no monte das cartas “muito importante”, posicionando a mais importante no topo do monte e as demais na sequência. Logo em seguida, o participante foi convidado a refletir e expressar como justificaria as vontades e desejos “muito importantes” e “não importantes” a seus familiares, amigos e ou profissionais da ILPIS.

Este estudo respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se que, antes da aplicação da pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado aos participantes, após

aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/ Pró Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, sob número de parecer 5.219.665. Cabe ressaltar que foi preservado o anonimato dos participantes utilizando códigos com as iniciais letra M para o gênero masculino e letra F para o gênero feminino, Rx para a palavra residente e o número arábico indicando o número do participante do estudo.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante

solicitação ao autor correspondente Fabiane Marzari Possatti.

RESULTADOS

A análise dos dados utilizada foi a textual discursiva que consistiu na operacionalização de quatro etapas: a desmontagem dos textos; estabelecimento de relações (categorização); captação do novo emergente; e a efetivação de um processo auto-organizado¹². Após estabelecidas 163 unidades de significado, continuou-se a leitura intensa das transcrições e determinou-se a constituição de 18 categorias iniciais, emergindo cinco categorias finais.

Quadro 1. Construção das categorias iniciais e finais dos desejos e vontades das pessoas idosas institucionalizadas. Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2022.

Categorias iniciais	Categorias Finais
Ter os amigos e a família perto	Acolhimento e aceite da família: a morte na ILPI ou no domicílio e o medo de morrer só
Morrer em casa	
Não morrer sozinho	
Família acolhe e aceita a morte (apareceu 2 vezes)	
Possibilidade de dizer obrigado me desculpe, eu te amo e adeus	Final de um ciclo de vida: momento de resgate pessoal, despedida, afeto e fé
Ajudar outras pessoas	Preservação da dignidade humana da pessoa idosa que se encontra institucionalizada na terminalidade da vida
Preservar a dignidade humana	
Alívio da dor e da falta de ar (apareceu 2 vezes)	
Ouvir músicas preferidas	
Alívio da dor e da falta de ar	
Médico e enfermeiros cuidadosos e de confiança	
Finanças organizadas	Não ser pressionado e não ser um peso para a família: desejos relacionados ao agir dos profissionais e familiares com a pessoa idosa
Não ser pressionado	
Não ser um peso para a família	Manutenção dos sentidos e consciência da morte: desejo de uma experiência benéfica, sem dor, de purificação e de entrega por meio da fé
Estar alerta quando morrer	

Fonte: Autores (2022)

Quadro 2. Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2022.

Dados sociodemográficos	Homens	Mulheres
Número absoluto	12	6
Intervalo de faixa etária de idade pesquisada	62-81anos	65-80 anos
Estado civil Solteiras(os)	6	2
Divorciadas(os)	5	3
Viúva(o)	1	1
Maternidade Paternidade	0	6
Serem Avós	6	0
Não terem filhos	0	6
Não soube	5	0
responder	1	0
Profissão prévia		
Agricultor(a)	6	0
Dona-de-casa	0	3
Outros	6	3
Escolaridade		
Quatro anos ou mais de estudo	6	1
Menos de 04 anos de estudo.	5	4
Analfabeto	1	1
Renda mensal		
01 salário-mínimo	11	4
Maior que 01 salário-mínimo	0	1
Não recebe salário	1	1
Tempo médio de institucionalização entre os participantes	5anos e 3 meses	5 anos e 6 meses

Fonte: Autores (2022).

1. Acolhimento e aceite da família: a morte na ILPI ou no domicílio e o medo de morrer só

As pessoas idosas residentes nas ILPIs manifestaram o desejo de morrer em casa; para alguns, o conceito de casa esteve associado à própria ILPI e, para outros, o domicílio dos seus familiares. O reconhecimento da instituição como sua esfera domiciliar endossa o papel social que essas instituições cumprem; no entanto, independentemente da estratificação do local, eles sinalizaram o desejo de morrer próximo de sua família e familiares.

“Faz parte da união da família, todos juntos nesse momento (morte). Queria que acontecesse aqui mesmo, em casa”. (M1R1)

“Na hora da minha morte é importante porque eles (familiares) foram a minha vida (...). Queria estar lá em casa, com eles”. (M4R4)

Destaca-se no discurso destes idosos o elo relacionado à família que se manifesta valorizado. As pessoas idosas residentes em ILPI não desejam morrer desamparadas e esperam o acolhimento da sua família com a aceitação de sua morte.

Ainda na perspectiva do desejo das pessoas idosas de poderem morrer em casa, outras questões foram citadas, como a possibilidade de reduzir custos com cuidados hospitalares, a demora em serem atendidas, e a preocupação com a superlotação e otimização de leitos nos hospitais.

“Prefiro morrer em casa, que é aqui no asilo, do que no hospital, para eu morrer mais descansado.” (M7R7)

“Não preciso ficar ocupando leito dos outros, tirar o leito de pessoas que poderiam estar internadas, às vezes até numa situação pior do que a minha e não tem lugar”. (M12R12)

Na perspectiva de não morrer sozinho, a espiritualidade e a proteção foram consideradas relevantes e apontadas como um auxílio e esperança para o momento final de sua vida.

“Eu quero morrer pedindo aos espíritos iluminados, meus santos e minhas santas protetoras, Deus e Jesus, que me recebam”. (M4R4)

Ratificando o desejo de que o fim de vida seja construído com amparo, os idosos residentes declaram sobre o receio e medo de morrerem sozinhos.

“(…) eu tenho medo de morrer sozinha. Não tenho palavras.” (M11R11).

“Porque morrer “solita”, não ter ninguém por si, é triste”. (M5R5)

2. Final de um ciclo de vida: momento de resgate pessoal, despedida, afeto e fé

As pessoas idosas manifestaram que desejavam expressar seus agradecimentos e afetos aos seus familiares; demonstração de respeito e afeto que deve ser expressa tanto no decorrer da vida quanto na fase final.

Identifica-se que, para os participantes, era importante ressignificar vínculos afetivos, resolver conflitos ou desavenças passadas, valorizar os momentos finais de sua existência e aproveitar para realizar despedidas. Assim, permanecer socialmente conectados ou reconstruir vínculos com seus entes queridos mostra-se como desejo e vontade dos idosos residentes em ILPI.

“É importante, porque tu vais te despedir, não vai ver mais nada, terminou, para ficar pelo menos uma lembrança.” (M12R12).

“Porque eu creio que no passado quando era mais nova eu dizia muito(…), mas machucava. E eu não consegui conter aquele ímpeto de falar pesado com pessoas que não gostava, e “está errado.” (F2R14).

Associado aos desejos e vontades das pessoas idosas para benefício direto destaca-se a possibilidade de poder auxiliar outros residentes. A vontade de ajudar o outro é exibida como forma de retribuição do auxílio recebido por outras pessoas durante a trajetória de sua vida.

“Me sinto outra pessoa, melhor (referindo-se ao ajudar o próximo)”. (M11R11)

“Hoje estão fazendo, amanhã podem estar recebendo um banho.” (M12R12).

3. Preservação da dignidade humana da pessoa idosa que se encontra institucionalizada na terminalidade de vida

Sobre a expectativa de como querem receber o atendimento na terminalidade de suas vidas, as pessoas idosas se referem a um cuidado atencioso e respeitoso na velhice e com humanização manifestada pelo toque, e que os profissionais envolvidos na assistência estejam presentes e preservem a dignidade do ser humano.

“Se me atenderem de má vontade, então que não me atendam. Eu disse: (...) tenham um pouquinho de respeito e dignidade com ela, vão no quarto dela ver se ela está viva ainda. Não tocavam mais nela nem nada (...) Tu não achas que é uma falta de dignidade isso?” (F4R16).

“Porque o respeito é tudo”. (F1R13)

Na perspectiva da preservação da dignidade da pessoa idosa na terminalidade de sua vida, estas desejam ouvir suas músicas preferidas. Este gesto foi considerado como promotor de alegria, sensação de liberdade, redutor das dores, além de promover relaxamento mental.

“A minha vontade sempre foi ter música (...) até para certas pessoas é um remédio a música quando está terminando. Liga um som e fica ali escutando”. (M12R12).

“A música é uma das poucas coisas que me emocionam e me acalmam (...). Eu viajo, me faz bem, não sei por quê.” (F6R18).

Outro desejo mencionado alinhou-se à perspectiva de querer ser atendido e cuidado por profissionais de saúde cuidadosos e de confiança.

“Eu tenho médicos que são bem sinceros. Acho que tem que usar da sinceridade com a pessoa que está doente. É uma maneira de respeito com a pessoa, ela vai decidir o que quer, e o que precisa ou não.” (F2R14).

“Porque tem que ser uma pessoa em quem você confie para te falar dos seus problemas (...) tem que haver uma empatia, uma união, uma comunhão.” (F6R18).

Uma outra preocupação das pessoas idosas diz respeito às questões financeiras. Esta organização lhes dá mais segurança e possibilita a conquista da autonomia para tomar decisões e tranquilidade no período de terminalidade de sua existência.

“Deixar para os filhos para que eles não passem trabalho depois.” (M3R3).

“Tendo dinheiro, estou tranquilo vamos dizer assim, já não dependo de muitos. Já posso resolver o problema sozinho, tenho com o que.” (M12R12).

4. Não ser pressionado e não ser um peso para a família

As pessoas idosas mencionaram sentirem-se pressionadas por situações de fragilidade na comunicação de profissionais, familiares e outros vínculos de afeto; não auxiliando no processo terapêutico na terminalidade da vida.

“Não gosto que alguém fale alguma coisa ou que me mande (...) pode ser as mesmas palavras, mas a maneira que elas falam. Porque a decisão é minha.” (F2R14).

Em relação ao desejo da pessoa idosa não se sentir um peso para os seus familiares no período em questão, é expressa a vontade de conseguir se cuidar.

“Não vai faltar quem cuide, quem repare. Que eu tenha uma doença tranquila, que eu possa me ajudar. Talvez eu caia no hospital aí eu não sei.” (F5R17).

5. Manutenção dos sentidos e consciência da morte: desejo de uma experiência benéfica com controle da dor, de purificação e de entrega da vida por meio da fé

Na ótica do desejo das pessoas idosas, estas consideravam estarem conscientes para pedirem perdão a Deus pelas falhas cometidas em vida. Além disso, é mencionado sobre o desejo de experienciar a morte como uma passagem com bons sentimentos.

“Se eu estiver consciente e ciente da morte que venha a limpeza, pois para morrer precisa ter consciência e saber que vai morrer.” (F2R14)

“Não queria morrer dormindo, eu queria sentir a morte, ter uma visão boa (...) e entregar para Deus a vida e a morte.” (F5R17)

Neste sentido, os residentes desejavam estar conscientes, mas com analgesia adequada para poderem morrer sem dor, e preferiam ter uma morte súbita.

“Eu quero estar consciente no sentido de que eu já fiz aquela morfina, para dor. E ficar sem dor, sabe?” (F4R16).

“Quero estar acordada quando morrer. Quero morrer de repente.” (F4R16).

Um residente ainda referiu querer que preservassem seus sentidos para ficar alerta diante dos cuidados recebidos próximos ao final da vida; pois, tinha receio de não receber a atenção que necessitava.

“Quero... nos sentidos, como um policiamento da pessoa. Porque, quando você está à beira da morte, quando se está muito doente eles te tratam muito como lixo, eu acho.” (F6R18)

DISCUSSÃO

Dentre os aspectos sociodemográficos das pessoas idosas desta pesquisa, salienta-se que o universo do sexo feminino é maior que o universo de pessoas idosas do sexo masculino. Estudos realizados no Brasil referiram que as pessoas idosas residentes de ILPI eram, na sua maioria, mulheres e com média de

idade maior que a dos homens¹³⁻¹⁵. Ademais, a faixa etária que concentra o maior número de pessoas idosas nas ILPI brasileiras é de 71 a 80 anos de idade¹⁵.

Sobre a renda das pessoas idosas nas ILPIs^{13,15-17}, tem-se identificado que quase a totalidade das pessoas idosas era aposentada e recebia, em média, um salário-mínimo. Além disso, acerca do tempo de institucionalização, uma pesquisa relatou dados semelhantes aos deste estudo ao apresentar que o tempo de permanência da pessoa idosa na ILPI foi de um a cinco anos¹⁵. A respeito das motivações que levaram as pessoas idosas a residirem nas ILPI, os motivos relatados foram devido aos familiares não conseguirem lhes fornecer os cuidados necessários, além de questões relacionadas a vínculos rompidos^{16,17}.

Em estudo balizado por uma revisão de escopo houve relato que a família é considerada essencial no momento final e que, assim sendo, a maioria dos residentes deseja morrer próximo a seus familiares¹⁸. Além disso, considera-se a família com importante papel para distrair os pensamentos preocupantes; é salutar estar lá, apesar das mudanças físicas e/ou de humor do paciente, e buscar permanecer até o fim¹⁹.

O desejo de estar em casa no final de suas vidas é expresso pelas pessoas idosas institucionalizadas. O reconhecimento da ILPI como esfera domiciliar firma-se ao preservar a identidade, privacidade, e ao assegurar um ambiente acolhedor, de respeito e dignidade da pessoa idosa². Os motivos incluem situações prévias de cuidados malsucedidos, o conforto do lar e preocupações com custos de longos períodos²⁰.

Entre os principais desejos e vontades dos participantes está o de afastar-se da solidão. O medo de morrer só se veicula ao fato de que a solidão é uma experiência subjetiva. Deste modo, a solidão é frequentemente identificada como um sentimento que pode estar presente mesmo na companhia de outras pessoas²¹.

Pode-se, nesse contexto, inferir que, para os idosos nas ILPI, o significado de morrer sentindo-se só é o abandono por parte das pessoas que amam, além de sentirem medo dessa condição²². Algumas pessoas podem olhar a morte com serenidade; outras, com um medo avassalador²³. Diante da questão sobre o medo

de morrer só, a pessoa idosa deve ser compreendida em sua singularidade e integralidade; uma vez que as experiências no final da vida irão depender do contexto no qual esteja inserida, sua história e sua exposição a situações que a deixem vulnerável²⁴.

Neste sentido, o resgate pessoal no fim de vida não afasta a necessidade de amar e ser amado, de perdoar ou ser perdoado e de manter relacionamentos íntimos e de confiança. Talvez, nesta fase urge ainda mais essas necessidades por reconhecer como “última oportunidade”¹⁵. O desejo de se despedir dos seus vínculos de afeto e pedir perdão e reconciliação permite que suas falhas não sejam consideradas de grande importância em retrospecto e que estes vínculos permaneçam neles como boas lembranças após sua morte⁴.

Na perspectiva de a pessoa idosa desenvolver resiliência no final de vida, a presença das relações de ajuda ao próximo auxilia para um melhor enfrentamento das situações adversas como doença incapacitante ou morte²⁵. O princípio da dignidade humana estabelece proteção e autonomia da pessoa ao impor situações mínimas para que o ser humano consiga realmente viver, morrer e não apenas sobreviver²⁶.

Proximidade física, calor humano, apoio e comunicação respeitosa, aberta e honesta são de grande importância às pessoas que estão em terminalidade da vida⁴. Preservar a dignidade dos residentes é atribuição dos profissionais de saúde e é um valor central do pensamento na ótica dos cuidados paliativos²⁷. Atribuem, ainda, a possibilidade de manter a dignidade no sentido de conseguirem realizar uma organização financeira, manterem as amizades construídas, de não sentirem dor, de poderem ouvir suas músicas preferidas e que as interações entre eles sejam conduzidas de maneira respeitosa.

No aspecto supracitado, as pessoas idosas que vivem em ILPI desejam ser cuidadas pelos profissionais dentro de uma relação baseada na confiança, no respeito e na comunicação, de forma que percebam que os trabalhadores se preocupam com elas²⁸. Assim sendo, vê-se que a preocupação do residente com a morte tem relação com o resultado que esta pode ter sobre os outros²⁹.

A empatia deve ser instituída entre a pessoa idosa, a família e os profissionais; e as trocas de ideias e de informações sobre as necessidades da pessoa idosa devem ocorrer por meio do diálogo harmonioso³⁰. Nesta mesma linha, as condutas profissionais devem fornecer uma atenção singular a fim de possibilitar maior conforto dos incômodos sentidos pelo sujeito adoecido, entendendo que eles são próprios, pessoais e intransferíveis³¹.

Neste sentido, as condutas profissionais devem fornecer uma atenção singular e com empatia para possibilitar maior conforto dos incômodos sentidos pelo sujeito adoecido²². A pessoa idosa deve ter autonomia decisória até a morte; pois, isso, a faz sentir-se mais segura e menos pressionada³⁰.

Sob a ótica da manutenção dos sentidos e consciência da morte, a espiritualidade pode melhorar a estabilidade psicoemocional da pessoa, fortalecer sua autoidentidade e promover o ajuste à morte²¹. Experimentar a espiritualidade como um componente central na vida revela-se como um importante recurso na manutenção do bem-estar psicológico; especialmente para idosos vulneráveis institucionalizados⁵. Ademais, a fé e o apoio impulsionados pela espiritualidade proporcionam equilíbrio interior frente às situações de terminalidade²². Os residentes desejam morrer conscientes como base para poderem cumprir e fazer valer suas outras vontades ou por questões de cunho religioso⁴. Na perspectiva de permanecer alerta para observar os cuidados que serão prestados, as pessoas idosas em cuidados paliativos queriam estar alertas; pois acreditavam que uma ILPI prestaria cuidados inferiores³².

Neste contexto, o desejo de liberdade da dor era central para os moradores. Experiências pessoais ou doenças anteriores foram citadas por preocupação com sintomas já vivenciados³.

Cabe ressaltar que a pesquisa possui limitações por ter englobado apenas duas ILPI e desconsiderado os residentes que não atingiram escore mínimo do MEEM, os quais não tiveram seus desejos e vontades conhecidos.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo possibilitaram conhecer os desejos e vontades das pessoas idosas residentes em ILPI na terminalidade da vida. Evidenciou-se que estes desejos e vontades são caracterizados por questões relacionadas à maneira de serem cuidadas por profissionais da saúde; mas, prioritariamente, por almejam aspectos amplos de vida.

No trabalho, percebeu-se que a maioria dos participantes estavam dispostos, quiseram e sentiram a necessidade de falar sobre os seus desejos e vontades. Nesta perspectiva, o acolhimento, o aceite da família e a possibilidade de a morte ocorrer na ILPI ou no domicílio constituem situações desejadas. Além disso, o momento da morte representa o final de um ciclo de vida em que há necessidade do resgate pessoal, da despedida, do afeto e do reforço da fé.

As pessoas idosas institucionalizadas anseiam por ter sua dignidade humana preservada, além de desejarem não serem pressionadas a fazer o que não querem e não se sentirem um peso para a família. Neste ensejo, foi relatada a manutenção dos sentidos e consciência da morte como forma de controle dos cuidados prestados e, também, como uma possibilidade de desejo de uma experiência benéfica, sem dor, de purificação e de entrega por meio da fé.

Esta pesquisa igualmente possibilita colaborar para que as ações dos profissionais da saúde, em especial os de enfermagem, possam enriquecer-se sobre o conhecimento dos desejos e vontades frente à terminalidade de vida. Originam-se desdobramentos de que esses desejos e vontades possam ser documentados para influenciarem positivamente as pessoas idosas a resguardarem sua autonomia e dignidade na terminalidade de vida.

AUTORIA

- Fabiane Marzari Possatti- concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada e ser

responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

- Silvana Bastos Cogo - Redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada e ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.
- Marinês Tambara Leite - Redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada e ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.
- Cenir Gonçalves Tier - Redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada

e ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

- Nara Marilene Oliveira Girardon Perline - Redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada e ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.
- Larissa Venturini - Redação do artigo ou a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada e ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. Rede de atenção: saúde do idoso. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2018 [citado 23 nov 2023]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao_saude_do_idoso_Vers%C3%A3o_Final.pdf.
2. Lima APM, Gomes KVL, Frota NM. Qualidade de vida sob a óptica da pessoa idosa institucionalizadas. Rev. Bras em Promoção da Saúde 2016 [citado 27 nov 2023];(1):14-19. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40846964003.pdf>.
3. Klemmt M, Henking T, Heizmann E, Best L, Oorschot BV, Neuderth S. Wishes and needs of nursing home residents and their relatives regarding end-of-life decision-making and care planning-A qualitative study. J Clin Nurs 2020 [citado 22 nov 2023];29(13-14):2663-2674. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32301187/>.
4. Silva SMA. Os cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia 2016 [citado 02 dez 2023];62(3):253-257. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_62/v03/pdf/08-artigo-opinioao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf.
5. Kurkowski S, Heckel M, Schüssel, KV. Wishes of nursing home residents for their dying. Z Gerontol Geriatr., 2018 [citado 05 dez 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1444-2>.
6. International Association for Hospice Palliative Care. Global Consensus-based palliative care definition. 2018 [citado 28 nov 2023]. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.
7. Pivodic L, Smets T, Noortgate NV, Philipsen BDO, Engels Y, Szczerbińska K et al. Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries: An epidemiological study. Palliat Med. 2018 [citado 17 nov 2023];32(10): 1584-1595. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30273519/>.
8. Agarwal R, Epstein AS. Advance care planning and end-of-life decision making for patients with cancer. Seminars in oncology nursing 2018 [citado 18 nov 2023];34(3): 316-326. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.012>.
9. Groebe B, Rietz C, Voltz R, Strupp J. Talking about attitudes towards the end of life: what does it need? Innovation in Aging. 2018 [citado 07 dez 2023];2(1):990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6239737/>.
10. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de pesquisa. 5a. ed. Porto Alegre: Penso; 2013. ISBN: 978-85-65848-28-2.
11. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Cartas na mesa é discutido em entrevista ao site Testamento Vital. Brasília, 2017 [citado 23 nov 2023]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/cartas-na-mesa-e-discutido-em-entrevista-ao-site-testamento-vital/>.

12. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 3a. ed. Ijuí: Unijuí; 2016. ISBN: 978-65-86074-19-2.
13. Rosa VPP, Urbanetto JS. Perfil sociodemográfico e clínico e sua associação com o grau de dependência em idosos institucionalizado. *Estud. Interdiscipl. envelhec.* 2021[citado 26 nov 2023];27(3):315-333. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/104973/86146>.
14. Alcântara RKL, Cavalcante MLSN, Fernandes BKC, LopesVM, Leite SFP, Borges CL. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* 2017 [citado 23 nov 2023];19(3):674-679. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237384/31556>.
15. Parisi DP, Lima MC, Heringer MP. Perfil sociodemográfico, clínico, de avaliação cognitiva e funcional de idosas institucionalizadas em ILPIs. *Rev. Longevidade* 2019 [citado 10 dez 2023];1(4):17-28. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/802/861>.
16. Silva PN, Gehm LP, Lopes IR, Rocha IC, Katagiri S. Perfil de medicamentos utilizados por idosos institucionalizados da região Médio-Araguaia/Aragarças-GO. *Braz. J. Hea. Rev.* 2019 [citado 11 nov 2023];2(4):2438-2452. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/1796/1750>.
17. Fluetti MT, Fhon JRS, Oliveira AP, Chiquito LMO, Marques S. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018 [citado 23 nov 2023];2(1):61-69. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/dQ8FsRKJbKlVD8N4HYcSCKN/?format=pdf&lang=pt>.
18. Schweighart R, Sullivan JL, Klemmt M, Teti A, Neuderth S. Desejos e necessidades de residentes de asilos: uma revisão de escopo. *Saúde* 2022 [citado 23 dez 2023];10(5):854. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/5/854>.
19. Gulp JLPV. Viver e morrer com câncer incurável: um estudo qualitativo sobre os valores de vida de pacientes idosos e a responsabilidade dos profissionais de saúde. *Cuidados Paliativos BMC* 2020 [citado 10 dez 2023]. Disponível em: <https://doi.org/1186/s12904-020-00618-w>.
20. O'Neill M, Ryan A, Tracey A, Laird L. 'Waiting and wanting': older peoples' initial experiences of adapting to life in a care home: a grounded theory study. *Ageing Soc.* 2020 [citado 17 nov 2023];42 (2):351-375. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000872>.
21. Arrieira ICO, Thoferhn MB, Schaefer OM, Fonseca AD, Kantorski LP, Cardoso DH. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Rev Gaúch Enferm.* 2017 [citado 22 nov 2023];38(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.58737>.
22. Martins, EC. A percepção da morte por idosos institucionalizados: estudo fenomenológico em dois lares residenciais portugueses. *Serviço Social em Revista* 2019 [citado 12 nov 2023];21(2):498-522. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.11/6488>.
23. Pichler N, Zancanaro M, Scortegagna H, Oliveira T. Percepções de um grupo de idosos sobre a morte. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças* 2021 [citado 15 nov 2023]; 22(3):921-927. Disponível em: www.sp-ps.pt <https://doi.org/10.15309/21psd220312>.
24. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019 [citado 04 out 2022];24(4). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
25. Parker, C. Religião popular e modernização capitalista: uma lógica na América Latina. Petrópolis, RJ: Vozes; 1996. ISBN: 978-8532616647.
26. Vecchi, ID, Garcia, ML, Pilau Sobrinho LL. O princípio da dignidade humana e suas projeções no âmbito laboral: possibilidades e limites. *Sequência estudos Jurídicos e Políticos* 2020 [citado 16 nov 2023];41(85):249-286. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2020v41n85p249>.
27. Viftrup DT, Hvidt NC, Prinds C. Dignity in end-of-life care at hospice: an action research study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2021 [citado 23 nov 2023];35(2):420-429. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12872>.
28. Abbott KM, Heid AR, Kleban DM, Rovine MJ, Haitsma KV. The Change in Nursing Home Residents' Preferences Over Time. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 [citado 23 dez 2023]; 19(12):1092-1098. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.08.004>.
29. Fleming J, Farquhar M, Brayne C, Barclay S. Death and the oldest old: attitudes and preferences for end-of-life care - qualitative research within a population-based cohort study. *Plos One* 2016 [citado 11 nov 2023];11(4):Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150686>.
30. Alecrim TDP, Miranda JAM, Ribeiro BMSS. Percepção do paciente oncológico em cuidados paliativos sobre a família e a equipe de enfermagem. *Cuid.Enferm.* 2020 [citado 17 nov 2023];14(2):206-212. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.206-212.pdf>.

31. Silva RRA, Gonçalves SJC. A influência da compreensão da perspicácia do enfermeiro e seu manejo clínico na unidade de cuidado paliativo. *Revista Pro- Universus* 2019[citado 11 nov 2023];10(1):60-65. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1657>.
32. Mansfield JC, Brill S. After providing end of life care to relatives, what care options do family caregivers prefer for themselves? *PloS one* 2020[citado 12 nov 2023];15(9): Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239423>.



Análise comparativa da percepção de pessoas idosas e adultos hospitalizados sobre a qualidade da dieta hospitalar

Comparative analysis of older adults and hospitalized adults' perception of hospital diet quality

Letícia Aeko Barone Ozawa¹

Eduardo Federighi Baisi Chagas^{1,2}

Joyce Fernanda Soares Albino Ghezzi^{1,3}

Maria Angélica Spadella¹

Resumo

Objetivo: analisar e comparar a percepção da qualidade da dieta hospitalar entre pessoas idosas e adultos hospitalizados. **Método:** pesquisa quali-quantitativa, desenvolvida em um hospital público do interior paulista, com pessoas idosas (n=185) e adultos (n=185), hospitalizados há pelo menos três dias, recebendo dieta via oral geral/branda e distribuídos segundo o tipo de dieta prescrito: sem restrição de alimentos (GSR), para controle glicêmico (GDM) ou hipossódica (GHSS). Os dados foram coletados por entrevistas individuais, empregando-se questionário validado. A qualidade da dieta foi avaliada por meio da escala Likert, considerando-se as categorias sabor, temperatura, quantidade, aparência, horário das refeições, higiene e disponibilidade para substituição de alimentos. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo temática e, os quantitativos à análise descritiva e estatística pelos testes Kruskal-Wallis (variáveis quantitativas) e qui-quadrado (variáveis qualitativas). **Resultados:** independentemente da dieta prescrita ($p \geq 0,05$), pessoas idosas e adultos hospitalizados consideraram a qualidade da dieta hospitalar satisfatória (Bom/Ótimo) entre as categorias de satisfação avaliadas, exceto o sabor, que para as pessoas idosas, apresentou associação significativa com a dieta prescrita ($p = 0,05$). Três categorias temáticas emergiram dos relatos, mostrando que pessoas idosas e adultos compreendem a importância da dieta hospitalar para recuperação da saúde, mas ainda se vê a expectativa negativa quanto à refeição ofertada. **Conclusão:** a dieta hospitalar com restrição influencia a percepção de sabor em pessoas idosas. Conhecer essa particularidade pode auxiliar na criação de estratégias de adequação e melhor aceitação da dieta hospitalar para esse grupo etário.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Alimentos, Dieta e Nutrição. Papilas Gustativas. Serviço Hospitalar de Nutrição.

¹ Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Programa de Pós-graduação em Saúde e Envelhecimento (PPGSE). Marília, SP, Brasil.

² Universidade de Marília (UNIMAR), Programa de Pós-Graduação em Interações Estruturais e Funcionais em Reabilitação. Marília, SP, Brasil.

³ Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral (FAEF). Garça, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Código de financiamento: 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Joyce Fernanda Soares Albino Ghezzi
jo.albino1988@gmail.com

Recebido: 10/08/2023

Aprovado: 29/01/2024

Abstract

Objective: To analyze and compare the perception of hospital diet quality between older adults and hospitalized adults. **Method:** Quali-quantitative research conducted at a public hospital in the state of São Paulo, Brazil, involving older adults (n=185) and adults (n=185) who have been hospitalized for at least three days, receiving a general/soft oral diet, and classified according to the prescribed diet type: unrestricted diet (GSR), for glycemic control (GDM), or low-sodium (GHSS). The data were collected through individual interviews, utilizing a validated questionnaire. Diet quality was assessed using a Likert scale, considering the categories of taste, temperature, quantity, appearance, meal timing, hygiene, and availability for food substitution. The qualitative data were subjected to thematic content analysis, while the quantitative data underwent descriptive and statistical analysis using Kruskal-Wallis tests (for quantitative variables) and chi-square tests (for qualitative variables). **Results:** Regardless of the prescribed diet ($p \geq 0.05$), both older adults and hospitalized adults considered the quality of hospital food satisfactory (Good/Excellent) across the assessed satisfaction categories, except for taste, which showed a significant association with the prescribed diet for older adults ($p = 0.05$). Three thematic categories emerged from the reports, indicating that both older adults and adults understand the importance of hospital diet for health recovery, yet a negative expectation regarding the offered meal is still prevalent. Hospital diets with restrictions influence taste perception in older adults. Understanding this particularity can assist in the creation of strategies for adaptation and better acceptance of hospital diets for this age group.

Keywords: Aging. Diet, Food, and Nutrition. Taste Buds. Food Service. Hospital.

INTRODUÇÃO

No início do século XX, as religiosas tomavam a frente das cozinhas dos hospitais, preparavam as dietas dos pobres e enfermos, seguindo a prescrição médica¹. Na década de 70, teve início a implantação de Unidades de Alimentação e de Nutrição Hospitalar, com o objetivo de recuperar e/ou manter o estado nutricional e a condição de saúde do paciente².

A correlação do fenômeno alimentar com o processo de recuperação é apontada como fundamental para o tratamento clínico e/ou cirúrgico dos hospitalizados. Logo, a não aceitação da dieta hospitalar pelo paciente pode desfavorecer sua recuperação, levando a complicações oriundas de uma desnutrição hospitalar e, aumento da probabilidade de morte^{3,4}.

Apesar da importância da dieta hospitalar como adjuvante na terapêutica, essa alimentação ainda é mistificada pela população como sendo sem gosto, fria, insossa, servida cedo e com restrições, levando o paciente a ingestão alimentar insuficiente, comprometendo sua recuperação⁵. A dieta hospitalar, portanto, afeta atributos psicossensoriais e simbólicos do indivíduo, que podem influenciar negativamente sua experiência durante a hospitalização e sua saúde^{6,7}.

Emerge assim a preocupação, em especial, com as pessoas idosas, cujo número vem crescendo nos últimos anos, trazendo consigo maior demanda por serviços de saúde, incluindo hospitalizações⁸. Essas, correspondem a 23% do total das internações do país, com tempo médio de sete dias; 25% maior do que o período de internação das demais faixas etárias⁹. Além disso, observa-se declínio da percepção sensorial no envelhecimento, principalmente do olfato e paladar, o que pode afetar a ingestão dietética apropriada^{10,11} e, consequentemente, se refletir no número e tempo de internação das pessoas idosas, assim como na desnutrição hospitalar.

Na pessoa idosa, outros fatores também podem influenciar a nutrição, como a mastigação, digestão, uso contínuo de medicamentos, dificuldades para se locomover, questões socioeconômicas e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)^{8,11-13}. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que apresentam maior prevalência em pessoas idosas, estão relacionadas a maiores restrições na alimentação, aumento na taxa de hospitalizações e agravamento do estado nutricional, além de influenciarem na percepção alimentar^{8,12,14}.

Entretanto, na maioria das vezes, a percepção sensorial da pessoa idosa é um fator desconsiderado,

embora exerça impacto relevante no paladar e no prazer em se alimentar¹². Estudo comparando a sensibilidade gustativa de adultos e pessoas idosas não hospitalizados verificou que elas possuem alterações para os sabores doce e salgado, predispondo-os a adoçar e/ou salgar mais os alimentos, o que impacta negativamente no controle da HAS e DM¹⁵. Em relação a soluções azeda e doce, outro estudo evidenciou que as pessoas idosas apresentaram percepção do sabor reduzida quando comparados aos adultos¹⁶.

No contexto hospitalar, a alteração da percepção sensorial pode se agravar, uma vez que fatores ambientais, fisiológicos e alimentares podem dificultar a alimentação por via oral da pessoa idosa¹⁷. É comum para a maioria delas se alimentarem menos durante a hospitalização do que quando estão em casa. Esse cenário torna-se ainda mais agravante ao considerar que o paciente idoso tende a permanecer hospitalizado por maior tempo e frequência.

Embora se verifique que há forte correlação entre a qualidade da dieta hospitalar e sua aceitação pelos indivíduos hospitalizados, não se conhece se essa aceitação pode variar considerando-se a faixa etária, bem como se pode ser negativamente potencializada pelas restrições e características da dieta ofertada no hospital; duas condições diretamente relacionadas a pessoas idosas, tendo em vista o maior declínio sensorial e funcional e a necessidade de dietas restritivas devido à prevalência de DCNT nessa população.

Considerando, portanto, que a dieta hospitalar para as pessoas idosas com ou sem restrições alimentares não é individualizada segundo suas necessidades e particularidades; este estudo teve como objetivo analisar e comparar a percepção da qualidade da dieta hospitalar entre pessoas idosas e adultos hospitalizados para os diferentes tipos de dieta prescritas, bem como compreender o significado dessa alimentação para ambas as populações.

MÉTODO

Pesquisa quali-quantitativa, com delineamento transversal, desenvolvida em um hospital público assistencial e de ensino, localizado no interior paulista, Brasil e, que integra a rede de atenção à saúde

do Departamento Regional de Saúde (DRS) IX. É referência para atenção especializada nos diferentes níveis de complexidade, operacionalizando 199 leitos hospitalares, exclusivamente ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), certificada pela ISO 9001:2015, que atende refeições por via oral e sondas. Fornece ao dia, em média, 600 grandes refeições (almoço e jantar), 800 pequenas refeições (desjejum e lanches) entre pacientes, acompanhantes e colaboradores e, 300 dietas enterais. A coleta de dados ocorreu em quatro enfermarias das clínicas médica e cirúrgica, de junho/2018 a junho/2019, devido à presença de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão nessas enfermarias.

Os participantes foram pessoas idosas (≥ 60 anos) e adultos (18 a 59 anos) de ambos os sexos, hospitalizados há pelo menos três dias, tempo suficiente para opinar sobre a alimentação ofertada¹⁸ e, recebendo dieta via oral geral ou branda, distribuídas em três tipos de prescrição: sem restrição de alimentos (GSR), para controle glicêmico (GDM) e hipossódica (GHSS). Foram excluídos os pacientes que não possuíam condições de se comunicar, com feridas na cavidade oral, os recebendo dieta enteral ou parenteral e os em jejum.

Para a abordagem quantitativa, o cálculo amostral considerou um tamanho de efeito médio de 0,3, uma margem de erro do tipo I (α) de 5% e um poder de estudo de 80%, indicando a necessidade de uma amostra mínima de 185 elementos/grupo etário. Para distribuição proporcional de pacientes nas dietas e faixa etária, os grupos de comparação foram: 185 pessoas idosas, sendo 126 com dieta GSR, 43 com GHSS e 16 com GDM; 185 adultos, sendo 153 com dieta GSR, 22 com GHSS e 10 com GDM, totalizando 370 participantes.

Para a abordagem qualitativa, o número de entrevistados levou em consideração o critério de exaustividade e saturação dos dados¹⁸. Deste modo, atingiu-se 70 participantes, sendo 37 adultos e 33 pessoas idosas.

O procedimento para coleta dos dados compreendeu a análise diária do censo hospitalar para identificação de potenciais candidatos, seguido pelo contato pessoal com o paciente para

esclarecimento da pesquisa. Após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o questionário em mãos, iniciava-se a entrevista (em média 20 min) por uma das pesquisadoras, que era nutricionista do cenário da pesquisa, treinada para técnica não diretiva.

A coleta de dados constituiu de quatro etapas. I: caracterização dos participantes quanto ao perfil socioeconômico, conforme questionário Critério Brasil¹⁹. II: levantamento de dados da hospitalização do participante pela ficha de internação, considerando-se o motivo e tempo da internação, dieta prescrita e doença crônica associada. III: aplicação de questionário para avaliação da percepção sobre a qualidade da dieta hospitalar, considerando: sabor, temperatura, quantidade, aparência, horário das refeições, higiene e disponibilidade para substituição dos alimentos, devendo o participante opinar segundo uma escala Likert de satisfação: ótimo, bom, regular ou ruim. Os participantes também foram questionados sobre como estava seu apetite (preservado, razoável ou ruim)? e como estava sua salivagem (reduzida, aumentada ou igual)? Foi utilizado o mesmo questionário de satisfação já empregado pelas nutricionistas da UAN do hospital deste estudo, conforme referenciais de qualidade adotados em serviços hospitalares²⁰. IV: foram feitas duas perguntas abertas a respeito das concepções do participante sobre a “comida” do hospital, quais eram suas expectativas sobre essa alimentação e qual o conhecimento que tinham sobre suas restrições alimentares, quando aplicável. Esse questionário foi validado em estudo piloto com indivíduos de mesmas características que a população-alvo, totalizando 18 participantes (nove/grupo etário e dieta prescrita) e, passou por adequações para legibilidade e entendimento das perguntas. Para garantir fidedignidade e preservar a originalidade dos depoimentos, as entrevistas foram feitas com gravador de voz digital e após a transcrição foram apagadas. Foram realizadas nos leitos, contando com a presença do entrevistado e entrevistadora, preservando o anonimato e evitando possíveis vieses. Não houve desistência e nem necessidade de repetir entrevistas.

Na análise dos dados quantitativos, as comparações entre grupo por tipo de dieta para

variáveis quantitativas foram realizadas pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido das comparações par a par pelo teste de Mann-Whitney com correção Post-Hoc de Holm-Sidak. A associação entre as variáveis qualitativas foi analisada pelo teste do qui-quadrado. As variáveis quantitativas estão descritas pela mediana e intervalo interquartil (25th e 75th). As variáveis qualitativas estão descritas pela distribuição de frequência relativa (%) e absoluta (*f*). O nível de significância adotado foi de 5%.

Quanto à abordagem qualitativa, os discursos foram transcritos e submetidos ao referencial teórico-analítico da análise de conteúdo temática proposto por Minayo²¹. A análise contemplou o desmembramento do texto em unidades e, após, categorização em grupos. Para anonimato e sigilo dos depoimentos coletados, os participantes foram identificados como *Pessoa Idosa* ou *Adulto*, seguida da sigla da dieta prescrita.

A pesquisa seguiu as normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição envolvida, obtendo parecer favorável nº 2.596.014, CAAE: 85263318.0.0000.5413.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

O conjunto de dados não está publicamente disponível devido a conter informação que compromete a privacidade dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

A população participante foi de 370 pessoas, sendo pessoas idosas (n=185) e adultos (n=185), na faixa etária entre 18 e 94 anos e idade média de 54,6 anos, 58,6% eram do sexo masculino, 51,9% eram casados/união estável, 43,8% completaram até nove anos de escola, 70,0% eram brancos, 58,1% eram católicos, 83,2% moravam com a família e 56,5% pertenciam a classe socioeconômica C. Não houve associação significativa entre as características dos participantes a dieta e a idade, exceto por serem ou não portadores de HAS e/ou DM (Tabela 1).

Tabela 1. Análise da distribuição de frequência absoluta (*f*) e relativa (%) das características da população participante em relação ao tipo de dieta prescrita e faixa etária. Marília, SP, 2019.

Características	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			<i>p</i> -valor
	GSR (n = 153)	GDM (n = 10)	GHSS (n = 22)		GSR (n = 126)	GDM (n = 16)	GHSS (n = 43)	
Sexo								
Masculino	92 (60,1)	7 (70,0)	9 (40,9)	0,14	79 (62,7)	9 (56,3)	21 (48,8)	0,10
Feminino	61 (39,9)	3 (30,0)	13 (59,1)		47 (37,3)	7 (43,8)	22 (51,2)	
Estado civil								
Solteiro	79 (51,6)	3 (30,0)	9 (40,9)	0,22	58 (46,0)	9 (56,3)	20 (46,5)	0,85
Casado/união	74 (48,4)	7 (70,0)	13 (59,1)		68 (54,0)	7 (43,8)	23 (53,5)	
Escolaridade								
0 - 3 anos	21 (13,7)	1 (10,0)	3 (13,6)	0,92	50 (39,7)	6 (37,5)	15 (34,9)	0,76
Até 9 anos	64 (41,8)	4 (40,0)	10 (45,5)		53 (42,1)	7 (43,8)	24 (55,8)	
> 9 anos	68 (44,4)	5 (50,0)	9 (40,9)		23 (18,3)	3 (18,8)	4 (9,3)	
Etnia								
Branco	100 (65,4)	7 (70,0)	11 (50,0)	0,38	98 (77,8)	13 (81,3)	30 (69,8)	0,19
Preto	11 (7,2)	0 (0,0)	4 (18,2)		4 (3,2)	0 (0,0)	3 (7,0)	
Pardo	41 (26,8)	2 (20,0)	7 (31,8)		23 (18,3)	2 (12,5)	7 (16,3)	
Amarelo	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)		1 (0,8)	0 (0,0)	2 (4,7)	
Vermelho	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (6,3)	1 (2,3)	
Religião								
Católico	81 (52,9)	3 (30,0)	12 (54,5)	0,51	83 (65,9)	9 (56,3)	27 (62,8)	0,86
Evangélico	56 (36,6)	4 (40,0)	10 (45,5)		32 (25,4)	4 (25,0)	10 (23,3)	
Espírita	2 (1,3)	1 (10,0)	0 (0,0)		2 (1,6)	2 (12,5)	3 (7,0)	
Outra	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (0,8)	1 (6,3)	3 (7,0)	
Não declarado	13 (8,5)	2 (20,0)	0 (0,0)		8 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Situação moradia								
Sozinho	13 (8,5)	1 (10,0)	2 (9,1)	0,89	34 (27,0)	4 (25,0)	8 (18,6)	0,28
Família	140 (91,5)	9 (90,0)	20 (90,9)		92 (73,0)	12 (75,0)	35 (81,4)	
Classe socioeconômica								
A-B	34 (22,2)	3 (30,0)	3 (13,6)	0,37	21 (16,7)	4 (25,0)	6 (14,0)	0,46
C	93 (60,8)	5 (50,0)	14 (63,6)		69 (54,8)	6 (37,5)	22 (51,2)	
D-E	26 (17,0)	2 (20,0)	5 (22,7)		36 (28,6)	6 (37,5)	15 (34,9)	
HAS								
Não	124 (81,0)	6 (60,0)	4 (18,2)	<0,001*	63 (50,0)	4 (25,0)	7 (16,3)	<0,001*
Sim	29 (19,0)	4 (40,0)	18 (81,8)		63 (50,0)	12 (75,0)	36 (83,7)	
DM								
Não	146 (95,4)	0 (0,0)	20 (90,9)	0,002*	100 (79,4)	0 (0,0)	35 (81,4)	0,38
Sim	7 (4,6)	10 (100,0)	2 (9,1)		26 (20,6)	16 (100,0)	8 (18,6)	

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica.
**p*-valor ≤ 0,05 indica associação significativa com o tipo de dieta prescrita pelo teste do qui-quadrado.

Ao comparar a idade entre os tipos de dieta observou-se que os participantes com dieta GHSS tem idade superior aos pacientes com dieta GSR, porém entre esses com dieta GSR e GDM não houve diferença significativa. Constata-se, ainda, que a faixa etária de 60 anos ou mais concentrou-se nas dietas GHSS ou GDM, havendo mais pessoas idosas em dieta hipossódica (Tabela 2).

O diagnóstico prevalente na internação, conforme a Classificação Estatística Internacional

de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10)²², foi de doenças circulatórias entre 22,7% dos adultos e 26,5% das pessoas idosas sendo as mais recorrentes: HAS, infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico, aterosclerose, trombose arterial e venosa. Ambos os grupos etários apresentaram distribuição de morbidades semelhante, o que reduz o viés do estudo quanto à morbidade.

Tabela 2. Comparação da faixa etária entre os grupos participantes (N = 370) por dieta prescrita. Marília, SP, 2019.

	Dieta prescrita									<i>p</i> -valor
	GSR (n = 279)			GDM (n = 26)			GHSS (n = 65)			
	25 th	Med.	75 th	25 th	Med.	75 th	25 th	Med.	75 th	
Idade (anos)	38,0	54,0	66,0	49,8	60,0	65,5	56,0	63,0*	73,5	<0,001**

Valores expressos em mediana e intervalo interquartil (1º quartil 25th e 3º quartil 75th).

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica; * *p*-valor ≤ 0,05 indica diferença significativa entre os grupos pelo teste de Kruskal-Wallis; ** *p*-valor ≤ 0,05 indica diferença significativa em relação ao grupo GSR pelo teste de Mann-Whitney com correção Post-Hoc de Holm-Sidak.

Tabela 3. Relação dos principais diagnósticos dos entrevistados, adultos e pessoas idosas, categorizados de acordo com o CID-10. Marília, SP, 2019.

Capítulos	Doenças	Adulto <i>f</i> (%)	Pessoa Idosa <i>f</i> (%)
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3 (1,6)	1 (0,5)
II	Neoplasias [tumores]	12 (6,5)	19 (10,3)
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	3 (1,6)	3 (1,6)
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4 (2,2)	10 (5,4)
V	Transtornos mentais e comportamentais	1 (0,5)	1 (0,5)
VI	Doenças do sistema nervoso	1 (0,5)	2 (1,1)
VII	Doenças do olho e anexos	3 (1,6)	1 (0,5)
IX	Doenças do aparelho circulatório	42 (22,7)	49 (26,5)
X	Doenças do aparelho respiratório	15 (8,1)	16 (8,6)
XI	Doenças do aparelho digestivo	13 (7,0)	15 (8,1)
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12 (6,4)	7 (3,8)
XII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8 (4,3)	9 (4,9)
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	11 (5,9)	14 (7,6)
XVIII	Síntomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6 (3,2)	0 (0,0)
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	52 (28,1)	35 (18,9)
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	0 (0,0)	3 (1,6)

Valores expressos em frequência absoluta (N) e relativa (%).

De modo geral, a percepção sobre a qualidade da dieta hospitalar foi positiva entre os participantes, independentemente do tipo de dieta prescrita, sendo qualificadas em sua maioria como Bom/Ótimo (Tabela 4). Entre os adultos, 82,7% receberam dieta GSR, 5,4% dieta GDM e 11,8% dieta GHSS, enquanto que entre pessoas idosas, 68,1% receberam dieta GSR, 8,6% dieta GDM e 23,2% dieta GHSS.

A quantidade da refeição ofertada foi avaliada como Ruim/Regular por 13,7% dos adultos com dieta GSR e 27,3% dos com dieta GHSS, pois a consideraram pequena. Entre as pessoas idosas, 18,3% dos participantes com dieta GSR e 25,0% dos com dieta GDM também se mostraram insatisfeitos com a quantidade, porém a consideraram excessiva. Por outro lado, a aparência e temperatura das preparações foi avaliada como Boa/Ótima pela

maioria dos participantes, independentemente da idade. Essas categorias não apresentaram associação significativa com a dieta prescrita (Tabela 4).

A percepção dos participantes quanto ao horário das refeições, higiene e possibilidade de substituições, também não apresentou associação significativa com a dieta. Entretanto, para as pessoas idosas, a categoria sabor da dieta hospitalar apresentou associação significativa com a dieta prescrita. Deste modo, a percepção das pessoas idosas sobre o sabor das dietas GHSS e GDM foi negativa para 30,2% e 25,0% dos participantes, respectivamente. Para os adultos, 27,3% dos entrevistados recebendo dieta GHSS e 20,0% daqueles com a dieta GDM também declararam insatisfação com o sabor das refeições. Contudo, nesse grupo não houve associação significativa com a dieta (Tabela 4).

Tabela 4. Análise da distribuição de frequência absoluta (*f*) e relativa (%) das categorias de percepção da alimentação hospitalar em relação ao tipo de dieta prescrito entre os adultos e pessoas idosas participantes. Marília, SP, 2019.

Categorias	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			<i>p</i> -valor
	GSR (n = 153)	GDM (n = 10)	GHSS (n = 22)		GSR (n = 126)	GDM (n = 16)	GHSS (n = 43)	
Aparência								
Ruim/Regular	8 (5,2)	1 (10,0)	2 (9,1)	0,405	6 (4,8)	1 (6,3)	2 (4,7)	0,998
Bom/Ótimo	145 (94,8)	9 (90,0)	20 (90,9)		120 (95,2)	15 (93,8)	41 (95,3)	
Quantidade								
Ruim/Regular	21 (13,7)	1 (10,0)	6 (27,3)	0,139	23 (18,3)	4 (25,0)	5 (11,6)	0,403
Bom/Ótimo	132 (86,3)	9 (90,0)	16 (72,7)		103 (81,7)	12 (75,0)	38 (88,4)	
Temperatura								
Ruim/Regular	17 (11,1)	0 (0,0)	1 (4,5)	0,227	13 (10,3)	1 (6,3)	5 (11,6)	0,881
Bom/Ótimo	136 (88,9)	10 (100,0)	21 (95,5)		113 (89,7)	15 (93,8)	38 (88,4)	
Sabor								
Ruim/Regular	24 (15,7)	2 (20,0)	6 (27,3)	0,175	21 (16,7)	4 (25,0)	13 (30,2)	0,050*
Bom/Ótimo	129 (84,3)	8 (80,0)	16 (72,7)		105 (83,3)	12 (75,0)	30 (69,8)	
Horário								
Ruim/Regular	21 (13,7)	4 (40,0)	3 (13,6)	0,575	6 (4,8)	2 (12,5)	2 (4,7)	0,872
Bom/Ótimo	132 (86,3)	6 (60,0)	19 (86,4)		120 (95,2)	14 (87,5)	41 (95,3)	
Higiene								
Ruim/Regular	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,662	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Bom/Ótimo	152 (99,3)	10 (100,0)	22 (100,0)		126 (100,0)	16 (100,0)	43 (100,0)	
Substituição								
Ruim/Regular	67 (43,8)	6 (60,0)	9 (40,9)	0,998	36 (28,6)	5 (31,3)	9 (20,9)	0,372
Bom/Ótimo	86 (56,2)	4 (40,0)	13 (59,1)		90 (71,4)	11 (68,8)	34 (79,1)	

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica. **p*-valor ≤ 0,05 indica associação significativa com o tipo de dieta prescrita pelo teste do qui-quadrado.

Os dados também mostraram que o tipo de dieta não afetou significativamente o apetite e a salivação dos participantes. Entretanto, a avaliação quanto ao desejo de alimentar-se durante a internação mostrou

que 37,9% dos adultos sem restrição alguma na dieta, perceberam seu apetite razoável. Entre as pessoas idosas, 35,7% dos que estavam recebendo dieta GSR também consideraram seu apetite razoável (Tabela 5).

Tabela 5. Análise da distribuição de frequência absoluta (*f*) e relativa (%) das categorias apetite e salivação por tipo de dieta prescrito entre adultos e pessoas idosas participantes. Marília, SP, 2019.

Categorias	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			<i>p</i> -valor
	GSR (n = 153)	GDM (n = 10)	GHS (n = 22)		GSR (n = 126)	GDM (n = 16)	GHSS (n = 43)	
Apetite								
Ruim	8 (5,2)	0 (0,0)	1 (4,5)	0,277	9 (7,1)	1 (6,3)	2 (4,7)	0,261
Razoável	58 (37,9)	3 (30,0)	6 (27,3)		45 (35,7)	6 (37,5)	12(27,9)	
Preservado	87 (56,9)	7 (70,0)	15 (68,2)		72 (57,1)	9 (56,3)	29(67,4)	
Salivação								
	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			
	GSR (n = 107)	GDM (n = 8)	GHSS (n = 17)		GSR (n = 91)	GDM (n = 9)	GHSS (n = 26)	
Reduzido	35 (32,7)	1 (12,5)	7 (41,2)	0,750	37 (40,7)	3 (33,3)	12 (46,2)	
Aumentado	3 (2,8)	1 (12,5)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mantido	69 (64,5)	6 (75,0)	10 (58,8)		54 (59,3)	6 (66,7)	14 (53,8)	

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica.

A partir da análise qualitativa dos depoimentos dos participantes, segundo o tipo de dieta prescrita, três categorias temáticas foram definidas:

A dieta hospitalar para melhoria da saúde

Independentemente da dieta prescrita e da idade, os participantes associaram a dieta hospitalar como necessária ao reestabelecimento da saúde, caracterizando-a como uma refeição supervisionada e diferente daquela consumida em suas casas:

“É um alimento para nós ficarmos fortes, fortalecidos [...]” (Pessoa Idosa, GHSS).

“Uma comida que sustente o doente [...]” (Adulto, GHSS).

Os entrevistados também mencionaram que os horários das refeições são sempre respeitados no hospital, sendo importante para a adequada recuperação:

“Para a gente se alimentar melhor, porque em casa a gente não faz isso, almoço, café, não eu não faço, os horários certinho” (Adulto, GSR).

Nos indivíduos com prescrição de dietas restritivas foi evidente que a principal dificuldade é a falta do sal na refeição. Fato evidenciado entre as pessoas idosas com dieta GHSS e, até mesmo, com a GSR quando comparado aos adultos com as mesmas dietas:

“... só que para mim não desce, a falta de sal, eu não consigo comer” (Pessoa Idosa, GHSS).

“Achava que era mais temperada [...] não é ruim, o negócio é o sal” (Adulto, GHSS).

A mistificação da dieta hospitalar

Entre os adultos e pessoas idosas, independentemente da dieta recebida, foram recorrentes depoimentos trazendo preconceitos arraigados sobre a dieta do hospital, qualificando-a como ruim, sem tempero/sal e insossa. Entretanto, com a experiência da refeição, houve a desconstrução desse estigma:

“Já ouvi falar que é ruim, que é comida de hospital, eu sempre comi aqui nas clínicas, sempre foi gostosa” (Pessoa Idosa, GHSS).

Outros relatos trouxeram a percepção de que antigamente nos hospitais ofertava-se alimentos que não agregavam valor nutritivo ao paciente, mas que atualmente há supervisão de nutricionistas, o que garante maior qualidade às refeições:

“A nutricionista vai ver o que as pessoas precisam [...] verduras, porque vem bastante chuchu, para quem precisa estar internado é bom” (Adulto, GSR).

A condição econômica e a religiosidade também emergiram nos depoimentos, sobretudo das pessoas idosas, as quais valorizam o alimento recebido:

“A comida as vezes a gente fala, mas a comida para mim é sagrada” (Pessoa Idosa, GDM).

(Des)conhecimento quanto ao tipo de dieta prescrito

Parte dos adultos e pessoas idosas tinha consciência da dieta que estavam recebendo, principalmente os grupos com dieta GHSS e GDM:

“Porque não pode comer sal, porque senão sobe a pressão” (Pessoa Idosa, GHSS).

“Porque eu tenho diabetes alta, precisa controlar, uma hora está alta outra hora mais ou menos, baixar mesmo não vai não” (Adulto, GDM).

Outros não tinham discernimento sobre a dieta prescrita e nem sobre sua condição de saúde:

“Não sei, para mim está vindo normal, também não gosto de comer comida salgada” (Pessoa Idosa, GHSS).

O desconhecimento e a carência de acesso à informação em saúde se agravam nos participantes com visão equivocada de sua doença e a falta de compreensão sobre como controlar suas consequências no dia-a-dia:

“O médico não falou nada, pouco sal por causa do diabetes assim, o que que é? Eu não sei. O Dr. falou que eu não posso ficar comendo muito sal, falou que eu não posso comer ajinomoto. Ajinomoto não tem nada de sal, não é? Shoyu uso mais na salada, alguns só” (Pessoa Idosa, GHSS).

DISCUSSÃO

Os dados mostraram que independentemente da idade e dieta prescrita, os participantes qualificaram de forma positiva as refeições recebidas na hospitalização. Entretanto, a percepção negativa sobre o sabor da dieta associou-se significativamente com dietas restritivas entre as pessoas idosas. Pôde-se depreender que os participantes compreendem a importância da dieta hospitalar como meio de recuperação da saúde, mas ainda se nota a visão preconceituosa sobre a refeição.

Categorias como aparência, quantidade e temperatura da refeição, higiene do serviço de nutrição, possibilidade de substituições e os horários das refeições foram bem aceitos. Além disso, os pacientes reconheceram que o hospital segue rigorosamente as prescrições dietoterápicas e horários. Apesar de não haver associação significativa entre o grupo etário e dieta prescrita para essas categorias, a proporção do grau de satisfação Ruim/Regular para algumas delas, merece atenção. A categoria substituição apresentou proporções de 40 a 60% de Ruim/Regular entre os adultos e de 20 a 31% nas pessoas idosas, principalmente para os pacientes com dieta GDM. As categorias quantidade, sabor e horário também apresentaram percentuais de Ruim/Regular entre os adultos que merecem destaque, principalmente a quantidade e sabor da dieta GHSS e o horário da dieta GDM. Para as pessoas idosas, os

percentuais de Ruim/Regular com maior impacto foram o sabor na dieta GHSS e a quantidade e horário na dieta GDM.

Os dados da quantidade das refeições corroboram com a análise qualitativa, em que se verificou insatisfação dos pacientes com a porção servida. Os pacientes idosos consideraram essa quantidade demasiada, manifestando indignação em desperdiçar o alimento. Contrariamente para vários adultos, a quantidade era insuficiente para ficar saciado.

Considerando que o sabor foi a única categoria que apresentou associação significativa com a dieta prescrita, porém, somente para as pessoas idosas; constatou-se de fato, que as dietas restritivas interferem na percepção geral da pessoa idosa sobre a dieta ofertada no hospital e no prazer de se alimentar.

As pessoas idosas apresentaram maior proporção de prescrição de dieta GDM e GHSS. Tal evento está relacionado à prevalência de DM e HAS entre pessoas idosas. Essas doenças crônicas têm a necessidade de intervenção dietética específica, principalmente no ambiente hospitalar, pois estão fortemente relacionadas a comportamentos dietéticos inadequados ao longo da vida²³⁻²⁵.

Na população idosa, hábitos de vida, envolvendo sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e rotinas alimentares inapropriadas, como também o fato de pessoas idosas, por vezes, morarem sozinhas e apresentarem dificuldades para cozinhar, refletem em maior dificuldade para modificação do comportamento alimentar. Assim, ao se depararem com a hospitalização e, uma terapia nutricional rígida para controle da doença, sentem a diferença da alimentação servida^{23,24}. Somado a isso, o próprio envelhecimento impõe limitações a pessoa idosa que comprometem sua nutrição^{10,13}, sobretudo quando associado à DCNT. Quanto ao paladar, estudos associam o avanço da idade com o declínio na capacidade de detectar sabores básicos quando comparados com adultos²⁵⁻²⁷. Dessa forma, infere-se que se a pessoa idosa possui hábito alimentar para controle de sódio e/ou glicêmico no ambiente residencial, sua percepção sobre o sabor da dieta hospitalar poderia ser mais satisfatória.

Os achados reforçam a pertinência de pesquisas em saúde pública que busquem diferentes abordagens para a dieta hospitalar da pessoa idosa, incluindo medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos e, conseqüentemente, das hospitalizações. Contudo, ressalta-se que a maior efetividade de ações de saúde para uma população que vem envelhecendo, depende da educação nutricional já no início da vida, devendo essa manter-se ao longo dos anos como uma educação permanente, visto que parte das DCNT decorrem ou apresentam complicações devido a alimentação inadequada, por desconhecimento ou pelo estilo/hábito de vida do indivíduo.

No estado atual já são feitas melhorias em tecnologias como elaboração de instrumentos para identificar a mais adequada terapia nutricional à pessoa idosa, considerando que esse público necessita de comunicação acessível e apropriada e, que muitas vezes se passa negligenciada²⁸. Há também estudos que trazem a importância de um cardápio especializado para as pessoas idosas, considerando suas perdas sensoriais que interferem nas escolhas alimentares, para que não haja interferência no convívio social²⁹ e em sua saúde; melhorando, assim, a aceitação em especial de dietas restritivas. Entretanto, a garantia de uma alimentação de qualidade, segura nutricionalmente, tem relação direta com a capacitação dos colaboradores envolvidos, além da supervisão do nutricionista nas etapas da produção das refeições²⁶. Essa forma especializada de supervisão trouxe melhores padrões aos serviços de alimentação e nutrição hospitalares, fazendo com que o indivíduo repense sua opinião sobre as refeições, qualificadas, muitas vezes, como fracas.

Também avaliou-se o apetite e a salivação dos participantes na hospitalização, não sendo encontrada associação significativa quanto à idade e dieta. Apesar da maioria dos participantes considerar que o apetite e a salivação estavam preservados, outros consideraram o apetite razoável e a salivação reduzida. Especialmente para a população idosa, não está muito clara a relação do declínio da sensibilidade do paladar e a ingestão de alimentos³⁰, já para a salivação sabe-se que há redução do fluxo salivar^{31,32}. Deste modo, o preparo da dieta, sua apresentação e orientações mais claras, ilustrativas, com vocabulários acessíveis a esse

público sobre a importância de alimentar-se com o que foi prescrito são potenciais otimizadores para a aceitação alimentar. Toda a equipe multiprofissional envolvida no cuidado hospitalar à pessoa idosa deve fazer parte desse processo, sendo o nutricionista um agente facilitador desse diálogo.

Nos depoimentos observou-se que ambos os grupos etários possuem a mesma percepção da dieta hospitalar quanto à sua importância, significado para a saúde e, que os horários das refeições servem de padrão a ser seguido em casa. Reconheceram que essa alimentação é essencial para o reestabelecimento da saúde e que faz parte do tratamento. Mais do que os adultos, as pessoas idosas valorizam a alimentação ofertada e, inclusive, dão a ela valor sagrado. Os relatos também mostraram, corroborando com os dados quantitativos, que o fator interferente mais marcante para as pessoas idosas é o sabor das refeições, sobretudo com dieta hipossódica. Tais dados reforçam a dificuldade da pessoa idosa para aceitação da dieta hospitalar, o que pode influenciar negativamente na recuperação da sua saúde e bem-estar, uma vez que o estado nutricional do indivíduo tem associação direta com o processo de recuperação e, uma baixa ingestão alimentar na hospitalização pode levar a desnutrição, que por fatores associados à própria senescência, podem apresentar um quadro mais abrupto⁴.

Ficou evidente que a dieta do hospital, ainda nos dias atuais, é mistificada pela população como sendo sem sal, insossa, fria e com a oferta apenas de sopas. Contudo, percebeu-se que é após prová-la que se muda a percepção enraizada na sociedade. É relevante, portanto, o planejamento de ações para melhor aceitação das dietas hospitalares para agregar às refeições maior satisfação e prazer de se alimentar, configurando-se em uma ferramenta importante na recuperação dos pacientes.

Evidenciou-se também que a maioria dos participantes possui conhecimento sobre a dieta recebida e sua condição de saúde. Por outro lado, outros não entendiam sua doença atual e tratamento, o que reforça a importância de intervenções educativas em saúde durante as hospitalizações²⁵.

Embora este estudo traga a representatividade de significativo contingente de indivíduos hospitalizados

em um hospital do interior paulista, sua limitação relaciona-se à diversidade de culturas alimentares e de serviços hospitalares encontrada no Brasil, que podem determinar diferentes experiências de alimentação. Em outras regiões do país, novos desfechos podem ser encontrados quanto à percepção da qualidade da dieta dos hospitais, principalmente da pessoa idosa.

CONCLUSÃO

Independentemente da dieta, pessoas idosas e adultos hospitalizados consideraram satisfatória a qualidade da dieta hospitalar, exceto o sabor, que para as pessoas idosas apresentou associação significativa com a dieta recebida. A quantidade, horário e substituição da dieta, embora não significativos, apresentaram percentuais de percepção Ruim/Regular que indicam a necessidade de intervenção para contribuir com uma maior aderência a terapia dietética.

Os relatos dos participantes hospitalizados reforçam seus costumes alimentares, os quais representam barreiras para a terapia nutricional e são agravantes de doenças cardiovasculares. Destacase o uso exagerado de sal nas refeições preparadas em casa, fato que pode estar associado ao perfil da população estudada, carente de escolaridade e renda, mostrando-se ainda mais necessária a educação nutricional.

Este estudo avança ao trazer evidências quanto às singularidades da dieta hospitalar para a população idosa, com ou sem restrição alimentar, de modo a subsidiar estratégias que visem à melhoria da qualidade, adequação e aceitação da alimentação ofertada, contribuindo com a nutrição da pessoa idosa hospitalizada e, conseqüentemente, com o processo de recuperação e redução do tempo de internação.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem os profissionais da Unidade de Alimentação e Nutrição do hospital cenário da pesquisa e os pacientes participantes.

AUTORIA

- Letícia Aeko Barone Ozawa – concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados qualitativos; aprovação da versão a ser publicada.
- Eduardo Federighi Baisi Chagas – delineamento, análise e interpretação dos dados quantitativos.
- Joyce Fernanda Soares Albino Ghezzi – redação e revisão do artigo; aprovação da versão a ser publicada.
- Maria Angélica Spadella - responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo a precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

12 de 13

REFERÊNCIAS

1. Godoy AM, Lopes DA, Garcia RWD. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2007;14(4):1197-1215. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000400006>
2. Abreu ES, Spinelli MGN, Pinto AMS. *Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição: um modo de fazer*. Edição 7, 2019.
3. Cattani A, Eckert IC, Brito JE, Tartari RF, Silva FM. Nutritional risk in critically ill patients: how it is assessed, its prevalence and prognostic value: a systematic review. *Nutr Rev*. 2020;78(12):1052-1068. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/nutrit/naaa031>
4. Lopes JKSC, Santos TOCG, Mendonça XMFD, Campos JSP, Caldas SP, Moura FML, et al. Análise dos indicadores de qualidade das dietas ofertadas a pacientes oncológicos. *Mundo da Saúde*. 2020;44:397-411, e0222020. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/analise_qualidade_dietas_oncologicos.pdf
5. Souza MCGC, Mendes ALRF, Santos GCM, Brito FCR, Moraes VD, Silva FR. Estado nutricional e aceitação da dieta por pacientes cardiopatas. *Motricidade*. 2018;14(1):217-225. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a31.pdf>
6. Menezes ROS, Nascimento LJ, Câmara PPC, Sousa UH. Estudo da adequação de refeições servidas a pacientes em hospital de referência na cidade de Salvador, BA. *Higiene Alimentar*. 2018;32:276-277. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882940/276-277-site-37-42.pdf>
7. Demario RL, Sousa AA, Salles RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(suppl 1):1275-1282. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700036>
8. Lima DF, Barlem ELD, Santos SSC, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM, Mattos KM. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. *Rev Rene*. 2014;15(4):578-584. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324032212004.pdf>
9. Reis CCA, Sena ELS, Menezes TMO. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3): e20160070. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160070>
10. Giro AJNS, Paúl C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. *Actas Gerontol*. 2013;1(1):1-10. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Envelhecimento_Sensorial_Declinio_Cognit.pdf
11. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento – Revisão Sistemática de Literatura. *Arq Bras Psicol*. 2017;69(2):168-186. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=pt.
12. Cardoso MCAF, Bujes RV. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2010;15(1):51-65. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9580/10909>
13. Sera EAR, Osório NB, Ribeiro EM, Neto LSS. Avaliação de saúde bucal em idosos da Universidade da Maturidade: estudo transversal. *Arch Health Invest*. 2021;10(3):436-441. Disponível em: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i3.5138>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília: Ministério da Saúde [online]*. 2006. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf

15. Pires CB, Costa GS, Borges IS, Castro SZ, de Oliveira E, Nobre MCO, et al. Xerostomia, Alteração do Paladar, da Saliva e da Sede: Percepção dos Idosos. *RUC* 2020;22(1):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/ruc.v22n1a02>
16. Neumann L, Schaub BC, Adami FS. Taste sensitivity of adults and elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016; 19(5):797-808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150218>
17. Lima DF, Pelzer MT, Barros EJJL, Semedo DSRC, Rosales RA. Factores que dificultam la alimentación por vía oral del anciano hospitalizado. *Enferm Glob.* 2017;16:429-64. Disponível em:
18. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
19. Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil [online]. 2015. Disponível em: <https://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=09>
20. Lorencet JS, Selbmann K, Morimoto IMI, Marina Lopes M, Polakowski CB. O conceito de qualidade do cliente aplicado ao serviço de alimentação e nutrição de hospital oncológico. *Rev. Elet. Gestão e Serviços.* 2021;12(1): 3303-3318. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/REGS/article/view/10522/8005>
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Edição 13, 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Morbidade hospitalar do SUS - CID-10 [online]. Acesso em 2 Jan 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10lm.htm>.
23. Alves KJQ, Lemos JOM. Avaliação do consumo alimentar e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis do grupo de idosos de um CRAS do sertão de Pernambuco. *Rev Bras Cienc Saúde.* 2019;23(2):163-172. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1010302/30506-113566-1-pb.pdf>
24. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Prefeito VFS, Boas PJFV. Impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos: um estudo de coorte. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(2):134-142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143>
25. Tonini IGO, Luz FR, Menon PD, Zanelatto C, Mazur CE. Percepção da saúde e estado nutricional de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. *ABCS Health Sci.* 2019; 44(1):3-8. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995002/44abcs3.pdf>
26. Lobato TAA, Silva TO, Correa LSG, Ainett WSO, Roza AK. Improving risk management in the distribution of hospital diets by oral. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2019;39(1):141-145. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/LOBATO.pdf>
27. Barragán R, Coltell O, Portolés O, Asensio EM, Sorlí JV, Ortega-Azorín C, et al. Bitter, sweet, salty, sour and umami taste perception decreases with age: sex-specific analysis, modulation by genetic variants and taste-preference associations in 18 to 80 year-old subjects. *Nutrients.* 2018;10(10):1539. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/n10101539>
28. Nascimento Neto FC, Gonçalves KG, Boto EG, Matos TA. Guia prático de terapia nutricional para nutricionistas que atuam com idosos hospitalizados: validação de um instrumento de saúde. *Nursing (São Paulo).* 2019;22(254):3043-3046. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i254p3043-3046>
29. Gaspar TV, Ávila JMT, Varela-Moreiras G. Educación para una gastronomía saludable: retos y oportunidades en la alimentación institucional. *Nutr Hosp.* 2018;35 (spe4):56-60. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700011&lng=es
30. Gomes DRP, Schirmer CL, Nolte AOA, Bós AJG, Venzke JG. Avaliação do paladar de idosos e sua relação com estado nutricional e hábitos alimentares. *PAJAR.* 2020;8(1):e37707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2020.1.37707>
31. Muñoz-González C, Vandenberghe-Descamps M, Feron G, Canon F, Labouré H, Sulmont-Rossé C. Association between Salivary Hypofunction and Food Consumption in the Elderlies. A Systematic Literature Review. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(3):407-419. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0960-x>
32. Silva HPR, Koppe B, Brew MC, Sória GS, Bavaresco CS. Abordagem das afecções bucais mais prevalentes em idosos: uma revisão integrativa com foco na atenção primária. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(3):430-440. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160199>

