Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tratado de Gerontologia

2ª Edição Revista e Ampliada

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Outros livros de interesse

Abdalla – Nutrição no Envelhecer
Aldrighi – Epidemiologia dos Agravos à Saúde da Mulher
Alvarez e Taub – Série Usando a Cabeça
Vol. 1 Memória
Alves – Dicionário Médico Ilustrado Inglês-Português
APM-SUS – O Que Você Precisa Saber sobre o Sistema Único de Saúde
Beirão de Almeida – Climatério – Enfoque Atual e Multidisciplinar
Bonaccorsi – Disfunção Sexual Masculina – Tudo o Que Você Precisa Saber
Brandão Neto – Prescrição de Medicamentos em Enfermaria
Brito Litvoc – Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde
Bruno – Cardiogeriatria (Série Cardiologia de Bolso)
Caramelli – Neuropsiquiatria Geriátrica
Decourt – A Didática Humanista de um Professor de Medicina
De Angelis – Importância de Alimentos Vegetais na Proteção da Saúde 2ª ed.
Duarte e Diogo – Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontológico
Degmar Ferro – Fitoterapia – Conceitos Clínicos (com CD)
Drummond – A Dor – O Que Todo Médico Deve Saber
Drummond – Medicina Baseada em Evidências 2ª ed.
Figueiró e Bertuol – Depressão em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas – Depressões Secundárias
Goldenberg – Coluna: Ponto e Vírgula 5ª ed.
Gonçalves – O Direito e o Avesso da Velhice (Crônicas de Gerontologia)
Gottschal – Do Mito ao Pensamento Científico 2ª ed.
Herlon e Velasco – Emergências Clínicas Baseadas em Evidências
Hospital Israelita Albert Einstein – Protocolos de Conduta do Hospital Israelita Albert Einstein
InCor – Manual de Dietoterapia e Avaliação Nutricional – Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto do Coração (HC-FMUSP)
Ivan Lemos – Dor Crônica – Diagnóstico, Pesquisa e Tratamento
Jacob e Gamia – Prática a Caminho da Senecultura
Jatene – Medicina, Saúde e Sociedade
Knobel – Condutas no Paciente Grave 3ª ed. (Vol. I com CD e Vol. II)
Knobel – Memórias Agudas e Crônicas de uma UTI
Leonardo Caixeta – Demências: Abordagem Multidisciplinar
Lopes – Clínica Médica – Equilíbrio Ácido-base e Distúrbio Hidroeletrolítico 2ª ed.
Lopes Guariento – Manual de Medicina Ambulatorial do Adulto
Maia Guimarães – Sinais e Sintomas em Geriatria
Marcopito Santos – Um Guia para o Leitor de Artigos Científicos na Área da Saúde
Massafuni Yamashita – Anestesia em Obstetrícia
Medronho – Epidemiologia
Milech e Oliveira – *Diabetes Mellitus* – Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar
Nitrini – A Neurologia Que Todo Médico Deve Saber 2ª ed.
Novais – Como Ter Sucesso na Profissão Médica – Manual de Sobrevivência 3ª ed.
Papaléo – Gerontologia – A Velhice – O Envelhecimento em Visão Globalizada
Papaléo – Urgências em Geriatria – Epidemiologia, Fisiopatologia, Quadro Clínico e Controle Terapêutico
Papaléo e Carvalho Filho – Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica 2ª ed.
Perrotti-Garcia – Curso de Inglês Médico
Perrotti-Garcia – Dicionário Português-Inglês de Termos Médicos
Perrotti-Garcia – Grande Dicionário Ilustrado Inglês-Português de Termos Odontológicos e de Especialidades Médicas
Protásio da Luz – Nem Só de Ciência se Faz a Cura 2ª ed.
Sanvito – Série Neurologia – Diagnóstico e Tratamento
Vol. 1 Tilbery – Esclerose Múltipla no Brasil – Aspectos Clínicos e Terapêuticos
Vol. 2 Ferraz – Doença de Parkinson – Prática Clínica e Terapêutica
Scalco – Terapêuticas para a Depressão na Terceira Idade
Segre – A Questão Ética e a Saúde Humana
Soc. Bras. Clínica Médica – Série Clínica Médica Ciência e Arte
Lopes – Equilíbrio Ácido-Base e Hidroeletrolítico 2ª ed. revista e atualizada
Veronesi – Tratado de Infectologia 3ª ed. (2 vols.)
Vincent – Internet – Guia para Profissionais da Saúde 2ª ed.
Walter Tavares – Antibióticos e Quimioterápicos para o Clínico (Livro Texto e Livro Tabelas)
Wilson Jacob – Atividade Física e Envelhecimento Saudável
Wilson Jacob – Avaliação Global do Idoso
Xenon 2007 – Xenon – O Livro de Concursos Médicos 2007 (2 vols.)
Zago Covas – Células-Tronco



Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TRATADO DE GERONTOLOGIA

2ª Edição Revista e Ampliada

MATHEUS PAPALÉO NETTO

Professor Livre-docente de Clínica Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Coordenador de Ensino e Pesquisa do Núcleo de Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, CUSC. Ex-médico Chefe da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM

Com a colaboração de 78 especialistas

Atheneu

São Paulo • Rio de Janeiro • Ribeirão Preto • Belo Horizonte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tels.: (11) 6858-8750
Fax: (11) 6858-8766
E-mail: edathe@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
Fax: (21) 3094-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Ribeirão Preto — Rua Barão do Amazonas, 1.435
Tel.: (16) 636-8950 • 636-5422
Fax: (16) 636-3889

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104

PLANEJAMENTO GRÁFICO/CAPA: Equipe Atheneu

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

P213g

Papaléo Neto, Matheus
Tratado de Gerontologia / Matheus Papaléo Netto. 2. ed., rev. e ampl. — São Paulo : Editora Atheneu, 2007.

936 p. 21 x 28 cm.

ISBN 85-7379-869-6
Colaboração de 78 especialistas
Inclui índice remissivo

1. Geriatria. 2. Gerontologia. 3. Saúde do idoso. 4. Envelhecimento da população. 5. Assistência a idosos. 6. Direito dos idosos. I. Título.

CDD-618.97

Índices para catálogo sistemático:

1. Geriatria	618.97
2. Gerontologia	618.97
3. Idosos: Saúde	613.0438
4. Envelhecimento : População	613.0438
5. Idosos: Assistência	613.0438
6. Idosos : Direito	362.6

PAPALÉO NETTO, M.
Tratado de Gerontologia – 2ª Edição Revista e Ampliada

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, 2007

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Colaboradores

Adriana Romeiro de Almeida Prado

Arquiteta, Urbanista, Especialista em Acessibilidade. Técnica Máster da Unidade de Políticas Públicas e Coordenadora de Projetos de Acessibilidade na Fundação Prefeito Faria Lima, Cepam. Mestranda em Gerontologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Membro do Comitê Brasileiro de Acessibilidade – CB40 da Associação Brasileira de Normas Técnicas e Coordenadora da 2ª Revisão da NBR 9050

Albamaria Paulino de Campos Abigail

Assistente Social com Especialização em Política Social e Máster em Gerontologia Social. Assessora Técnica da Secretaria Nacional de Assistência Social, MDS

Alda Ribeiro

Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade de Pavia, Itália

Alessandra Tieppo

Médica Geriatra com Especialização em Administração e Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas, FGV, São Paulo. Especialização em Economia de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP

Alice Moreira Derntl

Professora Doutora em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP

Anísio Baldessin

Padre Camiliano. Capelão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HC-FMUSP

Anita Liberalesso Neri

Psicóloga. Professora Titular de Psicologia do Envelhecimento na Universidade Estadual de Campinas, Unicamp

Anita Sachs

Nutricionista e Professora Assistente da Disciplina de Nutrição do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, USP

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Ausonia Donato

Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, SESSP. Doutorado em Educação e Comunicação Social pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP

Cássio Machado de Campos Bottino

Psiquiatra do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Iamspe. Doutor pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, IPq-FMUSP

Cecília Penha Lima Venâncio

Fonoaudióloga da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Pós-graduanda *latu sensu* em Programação Neurolinguística

Célia Pereira Caldas

Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, FE-Uerj. Professora da Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj, FCM-Uerj. Mestre em Saúde Coletiva pela Uerj. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ

Cilene Swain Canoas

Assistente Social do Serviço Social do Comércio de São Paulo, SESC-SP. Gerontóloga pelo Instituto R. Descartes, Paris. Doutoranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP

Claudia Adriana Sant'Anna Ferreira

Doutora e Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo, USP. Docente da Graduação e da Pós-graduação do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, CUSC

Denise Rodrigues Yuaso

Fisioterapeuta. Mestre e Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia e Pós-graduação em Gerontologia e Membro do Núcleo de Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, CUSC

Elisabeth Mercadante

Professora em Antropologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Mestre e Doutoranda em Antropologia pela PUC-SP

Eurico Thomaz de Carvalho Filho

Professor Livre-docente de Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Ex-diretor do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da USP, HC-FMUSP

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Eva Lucila Klein

Médica Comissionada do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HC-FMUSP

Félix Ricardo Andrusaitis

Fisioterapeuta do Grupo de Medicina do Esporte do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, IOT, HC-FMUSP

Frances Aparecida Illes Pereira

Mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. Professora de Dietoterapia da Universidade Bandeirante de São Paulo, UNIBAN. Supervisora Responsável pelo Atendimento de Adultos e Idosos na Clínica Escola da UNIBAN

Francisco Carlos de Brito

Mestre em Epidemiologia pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp. Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, USP

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Cirurgião-dentista Sanitarista. Professor do Departamento de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, CCS-UEM, Paraná. Mestre em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp

Gisele de Cássia Gomes

Fisioterapeuta. Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. Docente Assistente da Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG

Graziela Luppi

Farmacêutica do Centro de Referência do Idoso, CRI, São Miguel Paulista, São Paulo. Especialista em Farmacologia Clínica pelo Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, IPH

Guilherme Turolla Sguizzatto

Médico Geriatra do Grupo de Ortopedia Geriátrica do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, IOT, HC-FMUSP

Gustavo Lima Spínola

Médico Residente da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Hermínia Brandão

Jornalista. Editora do *Guia Brasileiro da Terceira Idade* e do *Jornal da Terceira Idade*

Jacinta Medeiros Gurgel

Médica do Serviço de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM

Jailene Chiovatto

Médica Fisiatra. Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Criadora do Programa de Reabilitação Geriátrica do Hospital das Clínicas da USP, HC-FMUSP

José Carlos Ferrigno

Doutorando e Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, USP. Especialista em Gerontologia pela Universidade de Barcelona e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Pesquisador da Gerência de Estudos e Programas da Terceira Idade do Servico Social do Comércio, SESC, São Paulo. Coordenador da Revista *A Terceira Idade*

José Ribeiro da Ponte

Médico Assistente de Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Ex-psiquiatra do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, Iamspe

Jurilza Maria Barros de Mendonça

Assistente Social. Mestre em Gerontologia. Secretária Executiva do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

Kátia Massuda Alves Batista dos Santos

Mestre em Enfermagem na Saúde de Adultos. Professora do Centro Universitário Nove de Julho, UNINOVE

Léo Pessini

Doutor em Teologia Moral-bioética pela Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora de Assunção, São Paulo. Pós-graduado em Clinical Pastoral Education and Bioethics no St. Luke's Medical Center, Milwaukee, EUA. Membro do Board of Directors da Associação Internacional de Bioética (2001-2005). Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética do Centro Universitário São Camilo, CUSC. Superintendente da União Social Camiliana e Vice-reitor do CUSC

Lívia Terezinha Devens

Geriatra com Título de Especialista pela Sociedade de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Vice-presidente da SBGG, Seção Espírito Santo. Coordenadora do Serviço de Assistência Domiciliária da Unimed

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Luciana Bertachini

Fonoaudióloga. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo, Unifesp. Docente do Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo, CUSC. Fonoaudióloga no Ambulatório de Neuropsiquiatria do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, IGG, Unifesp-EPM. Especialista em Voz e Motricidade Oral pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Estágio na Marquette University, na Área de Speech and Hearing Clinic, Milwaukee, EUA. Consultora na Área de Fonoaudiologia Empresarial. Ouvidora da União Social Camiliana

Lucy Aintablian Tchakmakian

Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto, Unaerp. Nutricionista e Docente dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Nutrição Clínica e Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, CUSC. Membro do Núcleo de Gerontologia do CUSC

Luiz Eugênio Garcez Leme

Professor Livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Médico Assistente da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Médico Assistente do Grupo de Geriatria do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP, IOT, HC-FMUSP

Luiz Roberto Ramos

Professor Titular de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp-EPM. Professor Livre de Geriatria da Unifesp-EPM. Professor Visitante da Havard Medical School. Ph.D. pela Universidade de Londres

Margarida Santos

Especialista em Saúde do Idoso pela Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Mestre em Nutrição e Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernanbuco, UFPE

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

Pedagoga e Terapeuta Ocupacional. Mestre e Doutora pela Universidade de São Paulo, USP. Especialista em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, CUSC. Gerontológa pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional do CUSC

Maria Cecília de Souza Minayo

Pesquisadora Titular da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. Pesquisadora de Carreira do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq. Coordenadora Científica do Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, CLAVES, da Fiocruz. Editora Científica da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Maria de Fátima Nunes Marucci

Professora Doutora do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP

Maria de Lourdes do Nascimento

Nutricionista do Serviço de Geriatria e Crônicos do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, Iamspe. Especialista em Nutrição Clínica

Maria Filomena Ceolim

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EE-USP. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, FCM-Unicamp

Maria Inês Nunes

Coordenadora do Núcleo de Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, CUSC. Mestre em Ciências de Saúde pela Saint George's Medical School, Londres, Inglaterra. Doutoranda pelo Imperial College, Londres, Inglaterra

Maria José D'Elboux Diogo

Enfermeira. Professora Livre-docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, FCM-Unicamp. Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG

Marisa Accioly Domingues

Gerontóloga. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP. Assistente Social do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, HC-FMUSP

Maristela Ferreira Catão Carvalho

Farmacêutica. Coordenadora do Serviço de Farmácia do Centro de Referência do Idoso, São Miguel Paulista, São Paulo. Pós-graduanda do Programa de Mestrado do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP

Maura Márcia Boccato Cora Gomes

Nutricionista do Hospital Dr. Alexandre Zaio

Maurício de Miranda Ventura

Mestrado em Clínica Médica pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Iamspe, São Paulo. Médico Chefe do Ambulatório e Enfermaria do Serviço de Geriatria e Crônicos do Hospital do Iamspe

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Maurício Pardo dos Reis

Farmacêutico do Centro de Referência do Idoso, Mandaqui, São Paulo. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto, Unaerp

Miguel Antonio Rahal

Médico Geriatra da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Médico do Grupo de Geriatria do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, IOT, HC-FMUSP

Mirtes Helena Mangueira da Silva Dias

Cirurgiã-dentista do Serviço de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Especialista em Odontogeriatria

Myrian Spinola Najas

Nutricionista da Disciplina de Nutrição do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp-EPM

Paulo Renato Canineu

Médico Geriatra e Gerontólogo pela Associação Médica Brasileira, AMB/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Doutor em Educação Gerontológica pela Universidade Estadual de Campinas, Unicamp

Renata Freitas Nogueira Salles

Médica Assistente da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Título de Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG

Renato Veras

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Uerj.
Doutorado no Guy's Hospital da Universidade de Londres. Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade do Rio de Janeiro, UnATI

Renato Prudente Franco

Preceptor de Residência de Clínica Médica da Universidade Federal de Sergipe, UFS. Título de Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG

Rita Cecília R. Ferreira

Médica Psiquiatra. Coordenadora de Arteterapia do Projeto Terceira Idade, PROTER, do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, IPq, FMUSP

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Roberta Silva Beendendo

Enfermeira do Serviço de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Especialização em Terapia Intensiva pela Pontifícia Universidade Católica, PUC

Roberto Guimarães Alfieri

Doutorado em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP

Rosana Burguez Diaz

Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Professora do Centro Universitário Nove de Julho, UNINOVE

Ruth Gelehrter Costa Lopes

Psicóloga. Mestrado em Psicologia Social. Doutorado em Saúde Pública. Professora e Vice-Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP

Sami Liberman

Professor Doutor pela Disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Médico Assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da USP, HC-FMUSP

Selenita Lia Alfonso Luders

Psicóloga Comissionada da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

Mestre e Doutor pela Disciplina de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Médico Assistente da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM. Médico Assitente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da USP, HC-FMUSP. Coordenador da Assistência Técnica da Saúde do Idoso da CODEPP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Sila Zugman Calderoni

Psicóloga. Especialista em Atendimento Clínico a Idosos. Mestranda do Curso de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP

Silvia Affini Borsoi Tamai

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Gerontologia pelo Departamento de Gerontologia da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sueli Erasma Gaspar Jardim

Assistente Social da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, HSPM

Tomiko Born

Assistente Social. Mestre em Ciências pela Columbia University School of Social Work, Nova York, EUA. Especialização em Política Social pelo Institute of Social Studies, Haia, Holanda. Coordenadora do Fórum Nacional de Instituições de Longa Permanência

Valmari Cristina Aranha

Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HC-FMUSP. Especialista em Psicologia Clínica: Teoria Psicanalítica pela Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão da Pontifícia Universidade Católica, COGEAE, PUC. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP-USP

Vera Silvia Frangella

Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Especialista em Administração Hospitalar e Nutrição Enteral e Parenteral. Nutricionista e Docente dos Cursos de Graduação em Nutrição e Pós-graduação em Nutrição Clínica do Centro Universitário São Camilo, CUSC

Virginia Junqueira

Doutoranda em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo, SESSP

Virginia Maria Cristina Pellegrini

Socióloga da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Enfermeira. Livre-docente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EE-USP

Yolanda Maria Garcia

Mestre em Gastroenterologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP-USP. Médica Assistente Doutora do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da USP, HC-FMUSP

Zally P. Vasconcelos Queiroz

Assistente Social. Gerontóloga "Notório Saber" pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG. Coordenadora do Curso de Especialização em Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, CUSC. Mestranda em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo, Unifesp

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Prefácio à Segunda Edição

O aumento da população idosa, fato que se observa em todo o mundo, traduz-se não só em maior número de problemas médicos crônicos e degenerativos, mas, fundamentalmente, em necessidades socioeconômicas. Os avanços da assistência médica, da medicina preventiva e dos progressos tecnológicos – responsáveis pelo aumento da expectativa de vida e proteção da população contra a morte prematura e, conseqüentemente, pelo envelhecimento populacional – são, paradoxalmente, as causas dos problemas médico-sociais citados. De qualquer modo, independente das causas que levam ao envelhecimento populacional, é certo que aos problemas médicos mais freqüentes e graves entre idosos associam-se outros, comumente presentes em qualquer indivíduo. Assim, os cuidados que necessitam os velhos não se reduzem à assistência médica, mas abarcam também medidas de amparo social e econômico.

Os idosos, então, portadores freqüentes de problemas médicos, sociais, econômicos, psicológicos e nutricionais, não raramente se beneficiam do atendimento interdisciplinar. Com efeito, o atendimento ao idoso pode ser definido como um processo interdisciplinar projetado para atendê-lo do ponto de vista multidisciplinar, procurando mantê-lo em sua plena capacidade e autonomia pelo maior período de tempo.

Freqüentemente o problema médico não é o mais importante, havendo necessidade de ensinamentos higienodietéticos, amparo social, apoio econômico e medidas de recuperação para manter a qualidade de vida dos idosos, principalmente dos dependentes.

Por esses motivos, o número de profissionais das várias áreas que se dedicam ao atendimento ao idoso tem aumentado progressivamente, havendo necessidade premente de publicações que possibilitam a difusão e a atualização de conhecimentos.

A publicação do livro *Tratado de Gerontologia*, brilhantemente coordenado pelo Professor Matheus Papaléo Netto – e que contou com colaboradores do mais elevado gabarito –, constitui um marco histórico na divulgação de conhecimentos relacionados ao atendimento interdisciplinar do idoso em nosso país.

Elaborado de maneira objetiva, analisando os temas com profundidade, o texto trata inicialmente das características funcionais do idoso, abordando a seguir as várias atividades que se relacionam ao atendimento e analisando problemas políticos, éticos, morais e religiosos. Finalizando, discute aspectos relacionados à metodologia científica em uma área particularmente fértil para aqueles que pretendem seguir o caminho da pesquisa em Gerontologia.

Paralelamente ao crescimento dos conhecimentos da ciência do envelhecimento, que é uma área extremamente dinâmica, a presente edição contém 72 capítulos, abrangendo ainda mais o conjunto de saberes da Gerontologia.

Trata-se, portanto, de um livro fundamental para todos os que se interessam e dedicam-se ao atendimento da população idosa e que buscam complementação e atualização dos conhecimentos e para pesquisa na área.

Eurico Thomaz de Carvalho Filho

Professor Livre-docente de Geriatria pela Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP.
Ex-diretor do Serviço de Geriatria do Hospital
das Clínicas da USP, HC-FMUSP

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Apresentação à Segunda Edição

Os problemas gerados pelo crescimento exponencial da população da terceira idade, embora presentes em todos os continentes, são, sem dúvida, mais agudos e dramáticos nas nações do Terceiro Mundo – entre as quais se situa o Brasil, onde o aumento do número de idosos é proporcionalmente maior do que nos países desenvolvidos. Com efeito, projeções demográficas demonstram que em nosso país, entre os anos 1950 e 2025, a população total crescerá cinco vezes, enquanto a população com 60 anos e mais aumentará 15 vezes. Essas projeções demográficas mostram que em 2025 o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de aproximadamente 32 milhões.

O que se pode afirmar é que no século XX ocorreu uma verdadeira revolução de longevidade, que tende a se perpetuar por várias décadas, tornando-se muito maior no século XXI. Deve ser assinalado que o aumento da longevidade sempre foi almejado pelos seres humanos, desde os primórdios da civilização. É óbvio, porém, que isto não é suficiente se, paralelamente às modificações demográficas referidas, não ocorrerem profundas transformações socioeconômicas para melhorar a qualidade de vida dessa população. O que tem sido observado é justamente o contrário, ou seja, a transformação demográfica rapidamente crescente, em especial nos países do Terceiro Mundo, será acompanhada por conseqüências graves hoje e certamente dramáticas em um amanhã não muito distante.

Todos os problemas dos idosos, sejam médicos, sociais, econômicos, políticos, psicológicos e espirituais, representam desafios que deverão ser enfrentados com a finalidade de ser menos árdua a caminhada através do terceiro milênio.

Infelizmente, a tomada de consciência para este fato tem-se externado tão-somente por meio de poucas ações concretas, muito mais decorrentes do entusiasmo de alguns estudiosos e de profissionais na primeira linha de enfretamento do dia-a-dia dessa população. Essa tomada de consciência se faz necessária, pois a cada dia se avoluma o número de pessoas que ingressam nesse grupo etário, cuja remuneração aviltante da aposentadoria agrava ainda mais a sua condição social, obrigando-as a sobreviver à custa de familiares, estes, não raramente, em situação socioeconômica tão precária quanto a dos idosos que abrigam.

Estas considerações iniciais justificam a publicação deste livro. Deixando de lado os aspectos puramente médicos, que já foram objeto da segunda edição do livro *Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*, de nossa autoria e do Professor Eurico Thomaz de Carvalho Filho, este – posso afirmar com segurança – reúne os temas mais candentes da prática e dos conhecimentos em gerontologia, desde aspectos puramente biofisiológicos e introdutórios, nos primeiros capítulos, até ensinamentos úteis sobre metodologia científica, que compõem o último capítulo.

Para a realização deste trabalho muito contribuiu a aquisição de conhecimentos em simpósios, jornadas, congressos etc. e a nossa experiência com os longos de gerontologia que vimos realizando desde 1992. Muito colaborou o entusiasmo de estudiosos das diversas áreas que compõem a ciência do envelhecimento. Nessa obra, procuramos analisar as múltiplas facetas que envolvem o velho, a velhice e o envelhecimento.

O conjunto dos capítulos deixa claro que ver e aceitar a velhice e o envelhecimento simplesmente pelo prisma biofisilógico é satisfazer-se com a meia-verdade, que é a atitude dos pseudo-estudiosos. Em seu conteúdo, destacamos a importância de fatores ambientais, sociais, psicológicos, culturais e econômicos – que, seguramente, em maior ou menor extensão, participam do processo de envelhecimento e

acompanham a velhice. À sua leitura percebe-se a intenção de demonstrar a necessidade de se ter visão global do envelhecimento enquanto processo e do idoso como cidadão. Para que se possa ter esta visão, seria utópico imaginar que apenas um profissional possa responsabilizar-se pela multiplicidade de facetas que envolvem a pessoa idosa.

Outro aspecto que merece realce é o número de capítulos deste livro. De fato, esta edição contém 72 capítulos, muito maior que os 46 da primeira. Esse aumento nada mais é que o reflexo do volume de conhecimento que a gerontologia rapidamente adquiriu, fruto do dinamismo deste ramo da ciência, que, apesar de "jovem", já se situa entre as mais profícuas.

Finalizando, quero repetir neste momento as mesmas palavras que colocamos na Apresentação da edição anterior: "(...) É para mim particularmente gratificante oferecer aos leitores uma obra em que os colaboradores puderam demonstrar não só seus conhecimentos, como também, e principalmente, colocar em seus respectivos capítulos o próprio coração". Finalizo também agradecendo os autores anônimos desse trabalho – os idosos.

Matheus Papaléo Netto
Editor

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sumário

Parte I – Aspectos Introdutórios

1 Processo de Envehecimento e Longevidade, ***3***
Matheus Papaléo Netto

2 A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento: Visão Histórica, ***15***
Luiz Eugênio Garcez Leme

3 Ciência do Envelhecimento: Abrangência e Termos Básicos e Objetivos, ***29***
Matheus Papaléo Netto

4 Epidemiologia do Envelhecimento, ***39***
Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
Renato Prudente Franco
Renata Freitas Nogueira Salles

5 Paradigmas e Teorias em Psicologia do Envelhecimento, ***57***
Anita Liberalesso Neri

6 Teorias Sociológicas do Envelhecimento, ***77***
Célia Pereira Caldas

7 Biologia e Teorias do Envelhecimento, ***85***
Matheus Papaléo Netto
Eurico Thomaz de Carvalho Filho
Yolanda Maria Garcia

8 Fisiologia do Envelhecimento, ***105***
Eurico Thomaz de Carvalho Filho

9 Multidimensionalidade I: Importância e Aplicações, ***121***
Matheus Papaléo Netto
Denise Rodrigues Yuaso
Maria Inês Nunes

10 Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de Avaliação, ***133***
Francisco Carlos de Brito
Maria Inês Nunes
Denise Rodrigues Yuaso

11 Interdisciplinaridade em Gerontologia: Aspectos Conceituais e Objetivos, ***149***
Matheus Papaléo Netto
Denise Rodrigues Yuaso

12 Quarta Idade: a Nova Fronteira da Gerontologia, **163**
Célia Pereira Caldas

Parte II – Aspectos Sociais, Legais e Antropológicos

13 Estatuto do Idoso, **177**
Jurilza Maria Barros de Mendonça

14 Aspectos Socioeconômicos do Envelhecimento, **185**
Sueli Erasma Gaspar Jardim

15 Violência Contra a Pessoa Idosa: O Direito pelo Avesso, **199**
Maria Cecília de Souza Minayo

16 Aspectos Antropológicos do Envelhecimento, **211**
Elisabeth Mercadante

17 O Idoso e a Família, **217**
Luiz Eugênio Garcez Leme

18 O Idoso na Família: Expansão de Possibilidades ou Retração?, **225**
Ruth Gelehrter Costa Lopes
Sila Zugman Calderoni

19 Co-Educação entre Gerações: do Conflito ao Desenvolvimento da Solidariedade, **233**
José Carlos Ferrigno

20 Lazer, Ocupação do Tempo Livre e os Programas da Terceira Idade, **243**
Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

Parte III – Aspectos Psicológicos e Sexualidade

21 Aspectos Psicológicos do Envelhecimento, **255**
Valmari Cristina Aranha

22 Aspectos Psicanalíticos do Envelhecimento Normal, **267**
José Ribeiro da Ponte

23 Sexualidade na Terceira Idade, **279**
Alda Ribeiro

24 Depressão no Idoso, **293**
Paulo Renato Canineu

25 Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos, **301**
Maurício de Miranda Ventura
Cassio Machado de Campos Bottino

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

26 Demência I: Epidemiologia, Tipos e Manifestações Clínicas, ***323***
Matheus Papaléo Netto
Eva Lucila Klein

27 Demência II: Impacto sobre Cuidador, Família e Sociedade, ***339***
Matheus Papaléo Netto
Selenita Lia Alfonso Luders
Eva Lucila Klein

28 O Sono do Idoso, ***351***
Maria Filomena Ceolim

PARTE IV – ASPECTOS RELATIVOS À ARTETERAPIA, ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA, ODONTOLOGIA E REABILITAÇÃO

29 Arteterapia na Terceira Idade, ***371***
Rita Cecília R. Ferreira

30 Consulta de Enfermagem em Gerontologia, ***377***
Maria José D'Elboux Diogo

31 Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica, ***393***
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

32 Idoso na Comunidade: Atuação da Enfermagem, ***403***
Margarida Santos

33 Avaliação Nutricional do Idoso, ***415***
Myrian Spinola Najas
Anita Sachs

34 Recomendações Nutricionais, ***423***
Frances Aparecida Illes Pereira

35 Condutas Dietéticas, ***441***
Maria de Lourdes do Nascimento
Sami Liberman

36 Interação Droga-Nutriente em Idosos, ***455***
Maria de Fátima Numes Marucci
Maura Marcia Boccato Corá Gomes

37 As Interfaces da Alimentação, da Nutrição e do Envelhecimento e o Processo Educativo sob a Visão Interdisciplinar da Gerontologia, ***469***
Lucy Aintablian Tchakmakian
Vera Silvia Frangella

38 A Comunicação na Longevidade: Aspectos Fonoaudiológicos em Gerontologia, ***479***
Luciana Bertachini

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

39 Deglutição e Envelhecimento, ***499***
Cecília Penha LimaVenâncio

40 Aspectos da Relação entre o Paciente Idoso e o Profissional da Área da Fonoaudiologia, ***513***
Cecília P. de Lima Venâncio

41 Saúde Bucal do Idoso: Aspectos Sociais e Preventivos, ***521***
Gilberto Alfredo Pucca Junior

42 Odontologia Geriátrica: Alterações Orais na Senescência e na Senilidade, ***537***
Mirtes Helena Mangueira da Silva Dias

43 Terapia Ocupacional Aplicada a Gerontologia, ***547***
Silvia Affini Borsoi Tamai

44 Fisioterapia Motora em Pacientes Idosos, ***557***
Denise Rodrigues Yuaso
Gisele de Cássia Gomes

45 Fisioterapia Respiratória em Idosos, ***573***
Claudia Adriana Sant'Anna Ferreira

46 Reabilitação Cardiorrespiratória, ***583***
Roberto Guimarães Alfieri

47 Reabilitação em Geriatria, ***601***
Jailene Chiovatto

48 Autonomia e Independência, ***609***
Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

PARTE V – ASPECTOS SOBRE POLÍTICAS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

49 Trajetórias das Políticas de Saúde: a Saúde Coletiva e o Atendimento ao Idoso, ***625***
Virginia Maria Cristina Pellegrini
Virginia Junqueira

50 Processo de Construção e Implementação da Política do Idoso no Brasil, ***637***
Jurilza Maria Barros de Mendonça
Albamaria Paulino de Campos Abigalil

51 Cidade Livre de Barreiras, Acessível aos Idosos, ***645***
Adriana Romeiro de Almeida Prado

52 Atenção Preventiva ao Idoso: Uma Abordagem de Saúde Coletiva, ***655***
Renato Veras

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

53 Serviços de Atenção à Saúde do Idoso, ***671***
Francisco Carlos de Brito
Luiz Roberto Ramos

54 Serviço de Assistência Domiciliária: Objetivos, Organização e Resultados, ***683***
Luiz Eugênio Garcez Leme
Mirtes Helena Mangueira da Silva Dias

55 Assistência Domiciliária no Setor Suplementar, ***695***
Alessandra Tieppo

56 Interdisciplinaridade na Assistência Domiciliária, ***701***
Roberta Silva Beendendo
Jacinta de Medeiros Gurgel

57 Cuidadores de Idosos Dependentes no Contexto Domiciliário, ***711***
Denise Rodrigues Yuaso

58 Atenção Farmacêutica, ***719***
Maristela Ferreira Catão Carvalho
Graziela Luppi
Maurício Pardo dos Reis

59 Adesão ao Tratamento Medicamentoso em Pacientes Idosos, ***729***
Rosana Burguez Diaz
Kátia Massuda Alves Batista dos Santos

60 Cuidado ao Idoso em Instituição, ***743***
Tomiko Born

61 Doente Idoso Terminal: Considerações Gerais e Cuidados Paliativos, ***759***
Matheus Papaléo Netto
Gustavo Lima Spínola

62 As Redes Sociais na Senescência, ***771***
Marisa Accioly Domingues
Zally P. Vasconcelos Queiroz
Alice Moreira Derntl

63 Atividade Física para o Idoso e Objetivos, ***781***
Miguel Antonio Rahal
Félix Ricardo Andrusaitis
Guilherme Turolla Sguizzatto

64 Medicina Preventiva no Idoso, ***795***
Eurico Thomaz de Carvalho Filho

65 Envelhecimento Bem-sucedido: Aspectos Biológicos, Psicológicos e Socioculturais. Importância da Sociabilidade e da Educação, ***807***
Zally P. Vasconcelos Queiroz
Matheus Papaléo Netto

66 Idoso e Cidadania: A Lógica da Exclusão, ***817***
Ausonia Donato
Cilene Swain Canôas

67 A Mídia e o Idoso, ***823***
Hermínia Brandão

Parte VI – Aspectos Éticos e Morais

68 Distanásia: Algumas Reflexões Bioéticas a partir da Realidade Brasileira, ***831***
Léo Pessini

69 Eutanásia: Um Tema Polêmico, ***847***
Lívia Terezinha Devens

70 Peculiaridades Éticas em Gerontologia, ***861***
Luiz Eugênio Garcez Leme

71 O Idoso: Morrer e Viver com Dignidade, ***869***
Anísio Baldessin

Parte VII – Aspectos sobre Metodologia de Pesquisa

72 Metodologia Científica em Gerontologia, ***881***
Matheus Papaléo Netto

Índice Remissivo, ***901***

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parte I

Aspectos Introdutórios

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1 Processo de Envelhecimento e Longevidade

Matheus Papaléo Netto

Introdução

O crescente aumento da população idosa em todo mundo, comprovado por numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade os desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento populacional.

Há cerca de quatro décadas esse aumento da população idosa tem sido observado particularmente nos países em desenvolvimento. Um dos exemplos mais típicos dessa afirmativa é o que vem acontecendo no Brasil, onde o envelhecimento populacional tem revelado crescimento exponencial e cuja projeção para o ano de 2025 mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões.

O que se pode afirmar com segurança é que no século XX produziu-se uma verdadeira revolução de longevidade, que tende a se perpetuar por várias décadas, tornando-se ainda maior no século XXI. Ressalte-se que o aumento da longevidade sempre foi almejado pelos seres humanos, desde os primórdios da civilização. É óbvio que isso não será o suficiente se, paralelamente às modificações que estão acontecendo, não ocorrerem profundas transformações socioeconômicas a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos e, em última análise, promover o envelhecimento ativo. O que tem sido observado é justamente o contrário, ou seja, a transformação demográfica rapidamente crescente acompanhada de conseqüências hoje graves e, certamente, dramáticas em um amanhã não muito distante.

Todos os problemas dos idosos, sejam médicos, sociais, econômicos e psicológicos, representam desafios que deverão ser enfrentados com a finalidade de tornar menos árdua a caminhada ao longo do terceiro milênio. Há, portanto, necessidade de se buscar as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos e de se conhecer as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento para que esse desafio seja enfrentado por meio de planejamento adequado.

É importante saber que a velhice tem que ser abordada da maneira mais ampla possível. Enxergá-la simplesmente pelo prisma biofisiológico é desconhecer os problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos já referidos que, seguramente, em maior ou menor extensão, participam do processo de envelhecimento. Há que se ter visão global do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos. Aceitar como querem os biogerontologistas, que "o envelhecimento é caracterizado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levar o idoso à morte", é satisfazer se com apenas uma meia verdade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta introdução abre caminho para o que pretendemos expor. Assim, este capítulo pretende analisar de maneira sucinta as principais causas determinantes do retardo dos conhecimentos da gerontologia, que, de certa forma, é um dos responsáveis pelo quadro sumariamente descrito anteriormente, que será mais ampla e profundamente analisado adiante, neste e em vários outros capítulos deste livro. Pretende também discutir as repercussões biofisiológicas do processo de envelhecimento sobre o indivíduo, o impacto demográfico determinado pelo crescimento acentuado da população idosa e suas repercussões sociais sobre o velho, sobre a sociedade e sobre o sistema de saúde. Finalmente, tendo como base as experiências mundiais, discutir medidas a fim de enfrentar os múltiplos desafios que hoje se colocam para os gerontologistas e para a sociedade.

Ressaltamos que este será apenas um esboço do conteúdo deste livro. Detalhes sobre o velho, a velhice e envelhecimento serão objetos dos capítulos subseqüentes.

Retardo dos Conhecimentos em Gerontologia

Apesar de a gerontologia ser um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa, ela é paradoxalmente jovem. Essa realidade é surpreendente, visto que o envelhecimento e os clamores pelo aumento da longevidade são seguramente tão antigos quanto a própria civilização.

O fato é que o envelhecimento, apesar de ser um fenômeno universal e comum a quase todos os seres animais, teve seu estudo negligenciado durante muito tempo e os mecanismos envolvidos em sua gênese ainda permanecem obscuros, existindo um longo caminho a ser percorrido até que novos estudos sejam mais esclarecedores.

Embora estudiosos elaborem centenas de trabalhos a cada ano sobre o idoso e o envelhecimento, realizando, inclusive, algumas pesquisas em níveis celular e molecular, os processos fundamentais constantes desse fenômeno (e que poderiam explicar a maior suscetibilidade a doenças) ainda permanecem não totalmente esclarecidos. No entanto, trabalhos experimentais realizados nos últimos 30 anos deram origem a teorias propondo mecanismos que, embora sujeitas a algumas críticas e, por vezes, sem a devida comprovação, como será detalhado sobre Biologia e Teorias do envelhecimento, abrem novos caminhos para investigações na área.

A propósito do atraso desses conhecimentos, não se pode deixar de citar as opiniões de um pesquisador do porte de Hayflick quando afirma que as razões são complexas e indubitavelmente resultantes da convergência de, pelo menos, três fenômenos. Primeiro, os modernos cientistas relutavam em entrar em um campo dominado por charlatães e praticantes de magia negra; os jovens cientistas temiam tentar carreira que possuía tal marca e os pesquisadores de renome não ousavam arriscar sua reputação em uma área vista com desdém. A segunda razão para a negligência com a biogerontologia foi a falta de base suficientemente concreta ou de fundamento teórico que pudesse levar a um planejamento experimental adequado. Devido a isso, poucos cientistas se dispuseram a entrar nesse campo de estudo. A terceira razão pela qual a biogerontologia foi relegada a um segundo plano pelos biologistas foi a pequena quantidade de investimentos destinados à pesquisa. Alguns que trabalhavam na área obtinham recursos em nome de disciplinas básicas que dão suporte à biogerontologia, como a bioquímica, a fisiologia, a biologia celular etc. Assim, o progresso já observado ocorreu graças a identificação das pesquisas com a biologia, porém dentro de um contexto gerontológico. Mesmo nos dias atuais, muitos biogerontologistas preferem ser identificados como imunologistas, biologistas moleculares, biologistas celulares e, secundariamente, como gerontologistas.

A essas razões apontadas por Hayflick, outras podem ser somadas. Uma delas, talvez a mais importante, é a incapacidade de se mensurar o fenômeno do envelhecimento. Se é fácil reconhecer algumas manifestações comuns em idosos, como canície, rugas, aumento de ligações cruzadas do colágeno, redução das capacidades máximas de trabalho e resistência etc., é impossível afirmar que elas são exclusivamente dependentes do envelhecimento, visto que fatores genéticos e ambientais podem também estar presentes. Isso justifica o fato de duas pessoas idosas não envelhecerem da mesma forma. De qualquer modo, o desafio que se apresenta para avaliar a "idade biológica", perante a existência de variações individuais que independem da idade, seria a utilização de biomarcadores do envelhecimento, cuja aplicabilidade, interpretação e confiabilidade são ainda controvertidas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Um outro motivo, de certa forma vinculado ao anterior, é a distinção entre processos decorrentes de modificações biológicas que surgem com o avançar dos anos e os estados realmente mórbidos mais comuns em pessoas idosas, ou seja, o que é considerado senescência ou senectude e senilidade. Os limites entre esses estados são, não raramente, imprecisos e têm zonas de transição freqüentes, colocando em dificuldade a exata caracterização dos mesmos. Em última análise, o que se dá são as dificuldades em definir, em uma parcela não desprezível de idosos, quando as alterações são decorrentes do avançar da idade e quando são conseqüentes de enfermidades associadas ou decorrentes do envelhecimento. Esse aspecto do problema é de fundamental importância não só do ponto de vista clínico, como também na seleção de pacientes para pesquisas que visem a: 1. estabelecer o padrão da normalidade de uma determinada variável em idosos; 2. realizar análise comparativa entre estes e os adultos jovens; 3. formar um grupo de controle de idosos livre de afecção que servirá para estudo comparativo com outro de portadores da mesma.

Uma outra razão é levantada por Walford quando o autor se posiciona contra a idéia de que o processo fundamental do envelhecimento não pode ser alterado, como admitem muitos gerontologistas, entre os quais Fries e Crapo em seu livro *Vitalidade e envelhecimento*. Walford afirma: "Eu sou contra esse ponto de vista. Ele não só é biologicamente errado como induz a uma postura de fatalismo fisiológico com relação ao envelhecimento, um fatalismo que retarda a pesquisa e o planejamento social adequado e justifica a falta de conhecimento da biologia fundamental do envelhecimento por parte de muitos geriatras." Como suporte para suas idéias, o autor utiliza uma série de argumentos, dos quais destacaremos dois.

Primeiro, as observações, comprovadas por inúmeros pesquisadores, de que a duração máxima da vida de ratos, camundongos, peixes e outros animais inferiores pode ser aumentada com algumas restrições dietéticas. Embora ele, segundo afirma, não esteja envolvido com estimulante interesse em restrição dietética, o certo é que tais estudos mostraram ser incorreta a admissão de que a duração máxima da vida e o ritmo intrínseco de envelhecimento são irremediavelmente fixos.

O outro argumento utilizado baseia se em dados de estatística vital, segundo os quais, por motivos inexplicáveis, os japoneses da ilha de Okinawa, que consomem dietas de alta qualidade, porém de teor calórico substancialmente baixo, são de estatura mais baixa e apresentam as "doenças do envelhecimento" mais tardiamente e com menor incidência que a maioria dos japoneses, embora não sejam genericamente diferentes destes. O achado de pessoas centenárias nessa população é 15 a 40 vezes maior que em outras áreas do Japão.

Finalmente, acrescentaremos uma outra razão, esta não de ordem biológica, mas social.

A política de desenvolvimento que domina as sociedades industrializadas e urbanizadas sempre teve mais interesse na assistência materno infantil e nos jovens. O investimento em uma criança tem um retorno potencial de 60 anos ou mais de vida útil, produtiva, enquanto os amplos cuidados médico sociais na tentativa de manutenção da vida saudável de um idoso não podem ser encarados como investimento. São, na verdade, um dever da sociedade com relação àqueles que deram tanto de si para as gerações futuras.

Os idosos, por constituírem hoje um grupo etário politicamente frágil, não tiveram vez e voz no atendimento a suas reivindicações mais elementares. A sociedade, que hoje os exclui do contexto social, deverá viver, em um futuro bem próximo, uma situação ainda pior.

Estas são, a nosso ver, as principais causas determinantes do atraso nos conhecimentos sobre geriatria, biogerontologia e gerontologia social verificadas ao longo de décadas.

Felizmente, há pouco mais de 30 anos as circunstâncias mudaram radicalmente; de um lado, devido à tomada de consciência da existência de uma população cujo número tem crescido acentuadamente, gerando muitos problemas médicos, sociais e econômicos, e de outro, em decorrência da mudança de mentalidade a respeito da gerontologia. Cresce o número de gerontologistas e alguns renomados pesquisadores começam a ser identificados com a especialidade. Dessa forma, este campo de estudo atingiu em pouco mais de duas décadas posição jamais alcançada em uma centena de anos.

Embora estejamos percorrendo o mesmo caminho, ainda estamos muito distantes do nível alcançado pelos países desenvolvidos. Entre nós ainda pululam elementos que, ludibriando a fé de incau-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tos, prometem por meio de "fórmulas miraculosas", cuja eficácia nunca foi cientificamente demonstrada, a juventude eterna ou, pelo menos, o retardo do envelhecimento.

Impacto Biofisiológico do Envelhecimento

Características Biofisiológicas do Envelhecimento Normal

O organismo humano, de sua concepção à morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. É possível identificar marcadores físicos e fisiológicos de transição entre as três primeiras fases. O envelhecimento manifesta se pelo declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não permitindo a definição de um ponto exato de transição, como nas demais fases. Tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo de modo pouco perceptível, até que surgem, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento. Para denominar essas alterações próprias do avanço dos anos alguns preferem utilizar o termo eugéricas. Estas diferenciam-se das alterações patogéricas — aquelas produzidas por enfermidades, cuja ocorrência está relacionada a idades mais avançadas.

Já assinalamos que as funções orgânicas, de modo geral, declinam em função do tempo. Tal declínio, no entanto, é bastante variável quando se considera o ritmo de deterioração nos diferentes sistemas orgânicos e nos diferente indivíduos. Admite se, como regra geral, que a cada ano, a partir dos 30 anos de idade, haja perda de 1% da função.

Um outro aspecto que merece atenção são os efeitos cumulativos dessas alterações induzidas pela idade, que aumentam a probabilidade de morte do indivíduo. Esse aumento, surpreendentemente, não é linear em função do tempo, mas obedece uma equação logarítmica descoberta há 150 anos por Benjamin Gompertz. A equação se expressa por meio da fórmula:

$$R = R_0 e^{\alpha t}$$

Considera-se **R** a probabilidade por ano de morte no tempo **t**, que **e** é a base dos logaritmos naturais, $\mathbf{R_0}$ a probabilidade hipotética (extrapolada) de se morrer ao nascimento e $\boldsymbol{\alpha}$ o coeficiente de regressão da referida equação.

As alterações são em seu início discretas, aumentando de modo progressivo. Habitualmente, porém, não causam insuficiência absoluta de um órgão ou sistema mesmo em indivíduos muito longevos, à exceção de dois órgãos — ovários e timo — cujas funções endócrinas declinam ou desaparecem em períodos relativamente precoces. Nos demais órgãos ou sistemas, ocorre paulatinamente a diminuição da reserva funcional, o que compromete a capacidade do órgão de adaptação às modificações do meio interno e/ou externo. Baseado nisso, Comfort (1979) caracterizou o envelhecimento como "progressiva incapacidade de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional".

Neste momento é oportuno lembrar a observação de Claude Bernard, o primeiro a chamar atenção para a "constância do meio interno", expressão posteriormente aprimorada por Cannon com o termo "homeostasia". Aquele autor descreveu a forma como a constância interna possibilita ao homem sobreviver aos limites do meio e suportar uma gama de desafios fisiológicos. Nesse contexto, com o avançar dos anos haveria um estreitamento desses limites, cujo resultado é um estado sem desafios.

Paralelamente ao declínio funcional, porém não obrigatoriamente com os mesmos ritmo e intensidade, ocorrem, junto com o envelhecimento, alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas. Assim, são descritas perdas de células em alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam progressivamente com o passar dos anos. A perda das células cerebrais, por exemplo, é de aproximadamente 0,2% ao ano, somando cerca de 20% em 100 anos de vida. As perdas focais exercem efeito deletério muito mais acentuado que as difusas. É o que acontece, por exemplo, na doença de Alzheimer — as lesões focais são responsáveis por esta enfermidade ou, pelo menos, se relacionam com ela. Perdas focais sob forma de placas são também observadas em portadores de trissomia 21.

O desarranjo estrutural evidenciado através da microscopia apresenta, entre outras alterações, células dos mais diferentes tamanhos e formas com distribuição anômala.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Entre as numerosas modificações, podem ser consideradas reais manifestações do envelhecimento o aumento do depósito de pigmento lipofuscínico em tecidos constituídos por células não substituíveis e o decréscimo do ácido ribonucléico (ARN) ribossômico.

Além dessas modificações, devem ser assinaladas a diminuição da atividade de algumas enzimas, que pode resultar na redução do *turnover* de proteínas de muitos sistemas à medida que a idade aumenta, e a perda seletiva durante o envelhecimento de certos genes que são modelos para síntese do ARN ribossômico.

Outras alterações biofisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento serão analisadas com mais detalhes nos Capítulos 7, 8 e 9.

Envelhecimento Comum e Envelhecimento Bem-sucedido ou Saudável

Como foi anteriormente referido, o ritmo de declínio das funções orgânicas varia não só de um órgão a outro, como também entre idosos de mesma idade. Esse fato é de observação corriqueira e justifica a impressão de que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa a outra.

A questão que se levanta é: o processo intrínseco que ocorre com o avançar da idade por si só é responsável por esses fatos ou fatores extrínsecos ao processo de envelhecimento normal (como tipos de dieta, meio ambiente, composição corpórea, causas psicossociais etc.), podem exercer papel preponderante nessa disparidade de efeitos?

Dentro da categoria envelhecimento normal tem sido feita a distinção entre envelhecimento comum, no qual esses fatores extrínsecos intensificam os efeitos do processo de envelhecimento, e envelhecimento bem-sucedido, no qual eles não estariam presentes ou, quando existentes, seriam de pequena importância.

Se esses fatores, que reuniremos sob o rótulo de estilo de vida, forem fundamentais, como efetivamente é admitido pela maioria dos estudiosos, então o papel do envelhecimento propriamente dito passa a ser por eles mascarado.

A propósito desse fato tem sido dada ultimamente muita ênfase para a ação benéfica potencial do exercício, a observância de uma dieta adequada, a cessação do hábito de fumar, a moderação na ingestão de bebidas alcoólicas etc.

Alguns exemplos destacam a importância dos fatores assinalados. Embora esteja exaustivamente provado que o consumo máximo de oxigênio declina com a idade, está demonstrado que idosos atletas apresentam níveis mais elevados dessa variável que adultos jovens sedentários. Um exemplo, talvez o mais típico, nos é fornecido pela elevação da pressão arterial sistêmica em idosos, que, embora possa não ser suficientemente alta a ponto de ser considerada patológica, pode ser nociva. Tal situação pode ser revertida se forem tomadas medidas que façam reduzir os níveis tensionais.

Estes e outros exemplos mostram que o considerado outrora como decorrente do processo intrínseco de envelhecimento hoje se encontra relacionado a fatores extrínsecos, que podem ser modificados por meio de medidas pertinentes a cada caso.

A utilização de tais meios tem revelado um número crescente de idosos saudáveis, cujo desempenho é apenas discretamente mais baixo que o de adultos jovens, também saudáveis.

Infelizmente, porém, particularmente entre nós, por motivos econômicos, culturais etc., o número de idosos enquadráveis nessa categoria é ainda pequeno. Predomina o envelhecimento comum, isto é, aquele que aos efeitos do envelhecimento intrínseco se associam os decorrentes da ação dos fatores extrínsecos.

Envelhecimento e Doença

É conhecido o fato de que com o passar dos anos há um aumento exponencial da mortalidade e que esta é precedida por elevação também exponencial da prevalência de entidades patológicas.

A maior prevalência de doenças durante a velhice propõe alguns questionamentos importantes, desafiadores, que são motivos de debates já tornados crônicos.

Envelhecimento Normal e Patológico

Não há dúvida de que com o avançar da idade surgem alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal. É claro também que as doenças podem induzir tais modificações que, com freqüência, assumem maior intensidade, exteriorizando-se, comumente, de maneira a tornar possível

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sua caracterização. Porém, como foi anteriormente citado, nem sempre é fácil estabelecer os limites entre senescência e senilidade, ou seja, entre as modificações peculiares do envelhecimento e as decorrentes de processos mórbidos mais comuns em idosos. Isso se deve, de um lado, à grande variabilidade de comportamentos individuais perante a idade e, de outro, ao fato de as pessoas da terceira idade amiúde não se apresentarem com quadros floridos, isto é, com as manifestações clássicas observáveis em indivíduos jovens.

Outra fonte de controvérsias é a falta de associação, não raramente presente, entre alterações anatômicas evidentes em determinado órgão ou sistema e a correspondente redução da capacidade funcional destes, suficiente para induzir manifestações clínicas. Assim, indivíduos idosos portadores de aterosclerose coronariana, comprovada por meio de cinecoronariografia, sem manifestação anginosa ou de osteoporose, diagnosticada através de densitometria óssea, radiografia óssea ou outras técnicas, sem evidência de fratura atual ou passada, podem ser considerados "livres de doença"? É evidente que a admissão de tal postura é, no mínimo, questionável e tem sido sempre objeto de ardorosas discussões.

Outro fato que tem motivado opiniões contraditórias diz respeito à demência. Como já foi assinalado, com o passar dos anos há perda de 0,2% da massa encefálica por ano de existência. O substrato anatômico representado por essa perda poderia ser responsável pela insuficiência das funções cerebrais que, em estágios mais avançados, levaria a um quadro demencial. Esse argumento vincula a alteração funcional à anatômica numa relação direta, o que pode ser real, mas não está comprovado. Por outro lado, estudos populacionais revelam que há preservação do intelecto e das demais funções mentais com o envelhecimento normal. Tal observação leva à conclusão, como querem Rowe e Wang[20], de que a insuficiência das funções cerebrais não pode ser considerada conseqüência normal do processo de envelhecimento, mas representaria o impacto de estados mórbidos cuja prevalência aumenta nas idades mais avançadas.

Um aspecto sobre o qual há razoável concordância entre os autores diz respeito àquelas alterações que ocorrem progressivamente, que se iniciam na meia idade e se prolongam e acentuam na velhice. É o que acontece, por exemplo, com as diminuições das acuidades visual e auditiva, aceitas pela maioria dos autores como efetivas manifestações do envelhecimento.

Efeitos do Envelhecimento sobre o Quadro Clínico das Doenças

Embora com o avançar da idade ocorram alterações funcionais inevitáveis, a ponto de alguns considerarem erradamente o envelhecimento como "estado de doença", não se pode confundir tais modificações com aquelas provocadas por afecções que são mais prevalentes nessa faixa etária. Não se pode desconhecer o fato de que os efeitos da primeira podem atuar sobre os da última, produzindo graus de interação variáveis, de praticamente nulos até muito acentuados, a ponto de induzir ação deletéria muito severa.

Há, com o envelhecimento, diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, que, em condições basais, não é suficiente para produzir um distúrbio funcional. Quando, porém, esse declínio é suficientemente grande, acontece uma redução importante da reserva funcional, deixando o idoso muito próximo da eclosão de sintomas. Alcançado tal ponto de distúrbio da homeostasia, no qual há redução das funções de diversos órgãos, a pessoa idosa correrá o risco de aumento da probabilidade de morte se, paralelamente, ocorrerem modificações patológicas nestes mesmos órgãos. Essa interação de modificações fisiológicas, próprias do envelhecimento, com aquelas decorrentes de processos patológicos é responsável pela apresentação clínica de várias enfermidades, o que é freqüentemente mais grave em indivíduos idosos do que em adultos jovens.

Alguns exemplos ilustram o exposto. Assim, a redução da função imunitária é responsável pela diminuição da capacidade de o idoso responder à ação de agentes infecciosos, com conseqüente piora do quadro clínico. É o que ocorre na pneumonia bacteriana, na qual se associa à deficiência imunitária uma importante redução da reserva funcional pulmonar.

A pneumectomia unilateral, causada, por exemplo, por um processo neoplásico, não acarretará repercussões funcionais expressivas em indivíduos jovens, pois pode haver compensação pelo pulmão contralateral sadio e, portanto, fisiologicamente capaz. Certamente o mesmo poderá não ocorrer em

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pessoas idosas, nas quais a capacidade funcional pulmonar já está reduzida — há diminuição de aproximadamente 40% a 50% da capacidade em octagenários. O mesmo raciocínio pode ser aplicado em indivíduos submetidos à nefrectomia, pois a redução da função renal em idosos já é habitualmente 40% menor em relação a de pessoas jovens. A perda de um rim nesses casos poderá acarretar redução dramática da função renal como um todo.

Efeito do Binômio Envelhecimento-Doença sobre a Autonomia-Independência

Preliminarmente, é necessário que sejam lembrados alguns conceitos básicos de saúde, autonomia e independência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 1947, define-se saúde como estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade. Define-se autonomia como capacidade de decisão e de comando, e independência como capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Cremos não serem necessárias considerações sobre o vínculo entre esses três estados, pois as próprias definições já demonstram suas íntimas conexões.

As alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crônicas podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da independência. É esse o motivo pelo qual as pessoas idosas são, em número e intensidade, proporcionalmente mais dependentes que as jovens.

Por outro lado, é necessário deixar claro também que mesmo o portador de doença poderá sentir-se saudável, ativo em seu meio e ter, em última análise, boa qualidade de vida.

A manutenção da qualidade de vida está intimamente vinculada a autonomia e independência, que são bons indicadores de saúde para a população idosa. Reconhecendo-se, portanto, que o bem-estar funcional é de extrema importância, é necessário colocar em prática instrumentos de avaliação que permitam um diagnóstico abrangente das condições física, psíquica e social dos idosos. Esses instrumentos, assim como outros detalhes, serão analisados no Capítulo 10.

Impacto Demográfico

A notável transição demográfica que vem ocorrendo em todo mundo demonstra que o ritmo de crescimento do número de idosos é muito maior que o de outras faixas etárias. Segundo algumas previsões, o percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no mundo passará de 10% para 21%; paralelamente, o percentual do número de crianças terá uma redução de 30% para 21%.

No Brasil, a estrutura etária terá o mesmo comportamento, ou seja, à medida que cresce o percentual de idosos diminui a proporção do grupo mais jovem. Dois fatores fundamentais justificam esse tipo de flutuação: a queda da fecundidade, responsável pela redução percentual da faixa etária mais jovem, e a queda da mortalidade, responsáveis pela elevação percentual da faixa etária dos idosos.

O crescimento rápido do número de idosos é obviamente reflexo do aumento da expectativa de vida que, diga-se de passagem, vem ocorrendo em todas as nações do mundo, sejam estas desenvolvidas ou em desenvolvimento. Com efeito, no Brasil ela aumentou 20 anos desde 1950, atingindo hoje 68,4 anos e prevendo-se que até 2050 haverá um acréscimo de mais dez anos.

Assinale-se que a população idosa, que, em números absolutos, ainda é menor que a dos dois grupos etários mais jovens (0 a 14 anos e 15 a 60 anos), começa a revelar cifras expressivas, tendo atingindo cerca de 14,5 milhões de pessoas em 1999, considerando-se uma população geral de aproximadamente 170 milhões de habitantes. Deve ser enfatizado também que a previsão para o período de 1995 a 2020 irá demonstrar uma taxa de crescimento negativo do número de crianças com menos de cinco anos (Política Nacional de Assistência Social, 1999), embora durante algum tempo essas crianças ainda se mantenham como um grupo significativo. De qualquer forma, esse comportamento deverá levar a uma diminuição da pressão por serviço materno-infantil, paralelamente à maior demanda por benefícios, como auxílio doença e aposentadoria, e por serviços de assistência à saúde da população idosa, frutos da mudança do perfil de morbimortalidade que vem ocorrendo há algumas décadas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Impacto Social

O leitor deverá se reportar para alguns capítulos deste livro, particularmente o 4, pois, neste momento, o que pretendemos é simplesmente chamar atenção para um tema que seja talvez o mais importante de todo o conjunto desta obra, e que aborda os problemas sociais da velhice.

Paralelamente às modificações demográficas que estão se sucedendo tanto nos países desenvolvidos como naqueles que se encontram em fase de desenvolvimento, há necessidade também de profundas transformações socioeconômicas, particularmente nestes, visando à melhor qualidade de vida dos idosos e daqueles que se encontram em processo de envelhecimento. Nos países do em desenvolvimento esse objetivo está longe de ser atingido, pois, além de serem política e economicamente dependentes de outras nações, tais nações possuem uma estrutura socioeconômica arcaica que privilegia alguns em detrimento da maioria.

O quadro atual nesses países, ou seja, de crescimento da população idosa acompanhado de falta de disponibilidade de riqueza ou, o que é mais comum, de sua perversa distribuição, contrasta com o existente no passado na Europa quando a população começou a envelhecer. A Inglaterra talvez seja o exemplo mais típico: o envelhecimento de sua população teve início após a Revolução Industrial, no período áureo do Império Britânico, quando Estado e sociedade puderam dispor de recursos para atender à demanda que o crescente número de idosos exigia.

O complexo problema, que combina uma precária condição socioeconômica, problemas advindos da existência de múltiplas afecções concomitantes e dificuldade de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno, tem como conseqüência natural o isolamento do velho e um impacto sobre a sociedade, que terá de enfrentar tal desafio com absoluta presteza.

Evolução Histórica da Imagem do Idoso

A sociedade moderna encontra se hoje diante de uma situação contraditória: de um lado, defronta-se com o crescimento massivo da população de idosos, fruto do aumento da expectativa média de vida da raça humana; de outro, omite-se ou mesmo se adota atitudes preconceituosas com relação ao velho e à velhice, retardando, destarte, a implementação de medidas que visam a minorar o pesado fardo dos que ingressaram na terceira idade.

Lélia Abramo, uma das poucas atrizes brasileiras que acumula prêmios de teatro, televisão e cinema, quando assessora da Secretaria Municipal da Cultura da Prefeitura de São Paulo, em 1992, trabalhava em um projeto cujo objetivo era o resgate da dignidade e da cidadania do idoso, derrubando o preconceito que marginaliza o velho, restabelecendo seus direitos de cidadão e reintegrando o na comunidade e na família. Ela comentava na ocasião a influência trágica dos meios de comunicação de massa, particularmente da televisão, no alargamento do "fosso" que separa as pessoas mais velhas do restante da sociedade.

Não é justo, não é humano somente prolongar a vida dos que já ultrapassaram a fase de homens adultos, quando não se dá a eles condições para uma sobrevivência digna. Sob esse aspecto não há dúvida ao se afirmar que é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos do que anos à vida precariamente vivida.

Se, por um lado, pelo menos nos países em desenvolvimento, é de certa forma compreensível, mas não justificável, a adoção de tal postura pela sociedade, que vê como prioridade a assistência materno infantil e o atendimento à criança e à juventude; por outro, não se entende sua omissão quando se sabe que a preocupação com a velhice e o processo de envelhecimento são tão antigos quanto a origem da civilização. Assim, nas sociedades primitivas, os velhos eram objetos de veneração; os jovens a eles recorriam em busca de seus conselhos; os idosos de então eram respeitados, a ponto de se confiar a eles negócios de grande importância social e econômica. Confúcio (nascido em 551 e falecido em 479 a.C.) considerava que todos os elementos de uma família deveriam obedecer aos mais idosos. Há em sua doutrina uma supervalorização da tradição e de tudo o que nasce do exemplo e do ensino dos mais velhos.

Além disso, Bois, em *Histoire de la vieillesse*, em 1994, refere-se ao século XVIII como de otimismo em relação à velhice talvez nunca visto em séculos anteriores. O idoso era considerado então patrimônio, e não encargo.

Hoje, o que se nota é uma inversão de valores. Fruto da Revolução Industrial, dos avanços tecnológicos dela decorrentes e da valorização excessiva de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

teses desenvolvimentistas, ganha importância a força de produção, obviamente muito mais próxima dos jovens. Passa-se a julgar o homem pela sua capacidade de produzir. Dentro dessa lógica, os idosos, em sua imensa maioria, por terem reduzida a sua capacidade fisiológica de trabalho, à qual pode se associar uma ou mais doenças crônicas, não têm como enfrentar uma competição na qual as condições são desiguais. O resultado é a marginalização do velho e a perda de sua condição social, às quais se associam os poucos rendimentos recebidos, frutos de aposentadorias irrisórias. A esse propósito basta citar que em abril de 1994 o Governo Federal gastou US$ 1,7 bilhão para pagar 14,7 milhões de benefícios da Previdência Social, sendo que 73% dos aposentados receberam apenas um salário mínimo.

Esse é o quadro atual da sociedade perante a velhice. Vale a pena ressaltar a afirmação de Salgado[23]: "Valores culturais sedimentados ao longo dos anos qualificaram extremamente o potencial da juventude, em detrimento da idade madura e da velhice, as quais acabaram por ser interpretadas como um misto de improdutividade e decadência."

De certa forma, surpreende não o quadro atual, mas sim a rapidez como ele se processou, visto que, até algumas décadas atrás, a geração mais velha mantinha posição de absoluta autoridade sobre a mais nova. As causas desse fenômeno são múltiplas, algumas já referidas, enquanto outras serão sinteticamente discutidas mais adiante.

Conflito de Gerações

Mesmo que se admita o papel hostil da sociedade contemporânea para com os idosos, não é possível desconhecer que estes também têm uma parcela ponderável de responsabilidade por tal situação.

É conhecido o fato da dificuldade de adaptação do velho ao meio em que vive, gerando conflitos particularmente com as gerações mais jovens. Não se pode, sob pena de cometer se injustiça, afirmar que a rejeição é unilateral, ou seja, da sociedade ou, mais especificamente, dos jovens em relação aos idosos. Na realidade, ela é também destes em relação àqueles. Associa se a isso a rejeição do idoso ao seu próprio envelhecimento. Os valores que norteiam a vida das gerações mais novas e o comportamento assumido perante os mesmos diferem frontalmente daqueles que nortearam as gerações mais velhas, que teimam em trazer para o presente valores culturais do passado, tentando impô-los aos demais.

E fácil perceber que se não houvesse o culto excessivo à valorização de grupos etários mais jovens, se não houvesse por parte dos idosos rejeição aos novos tempos, certamente a integração destes ao meio seria menos árdua, apesar das precárias condições socioeconômicas em que vive a maioria da população brasileira. O caminho para adaptação do idoso ao meio, que passa obrigatoriamente pelo atendimento às suas necessidades sociais de atenção à saúde, começa, embora a passos lerdos, a ser percorrido, como será adiante exposto.

Influência dos Processos de Urbanização e de Migração

Paralelamente ao crescimento da população idosa, tem ocorrido um rápido processo de concentração urbana, não só no Brasil como em toda América Latina, particularmente nas últimas décadas. A progressiva concentração da população em áreas urbanas, especialmente nas grandes cidades, deve-se à continuidade do movimento migratório de áreas rurais que vem ocorrendo há algumas dezenas de anos. Isso se acha bem evidente em alguns dados, que mostram que na década de 1940 apenas 31% da população residia nas áreas urbanas; em 1991 esta proporção cresceu, chegando a 75%, e em 2000 atingiu 80% (IPEA, 1997).

O acentuado processo migratório tem sua origem no desemprego rural, na diferença de salários entre trabalhadores rurais e urbanos e na maior oferta de serviços públicos nas cidades. Todo esse processo está vinculado ao crescimento da pobreza dos habitantes de zonas rurais, decorrente da posse de vastas propriedades rurais nas mãos de poucos, e do emprego de tecnologia moderna, que substitui a mão de obra, reduzindo o mercado de trabalho — o que tem levado o homem do campo a perder a perspectiva de possuir uma propriedade na qual possa abrigar sua família.

Por outro lado, o êxodo de grande massa populacional rural dá origem à demanda cada vez maior de serviços, freqüentemente inadequados, mesmo nos grandes centros.

Passa-se a conviver com a atenção à saúde precária, a crise habitacional cada vez maior e a estrutura sanitária deficiente, que penaliza a maioria da população. Desmorona-se o sonho do migrante de viver

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

na "cidade grande" o que seu local de origem lhe negou — uma sobrevivência digna.

É importante destacar que, embora os idosos não possam ser considerados de grande peso no processo migratório, aqueles jovens que migraram há cerca de 50 anos transformaram-se hoje em parcela não desprezível da população idosa das grandes cidades. Hutchinson, em seu trabalho *The Migrant Population of Urban Brazil*, mostra que em 1950 migraram para São Paulo e Rio de Janeiro um grande contingente de pessoas jovens, entre 15 e 29 anos. Do total de migrantes, 60% eram dessa faixa etária. Hoje, mais de 50 anos depois, eles são velhos e, o que é pior, têm situação financeira idêntica à que motivou a migração e somam-se aos naturais dessas metrópoles que, em sua imensa maioria, não dispõem de condição socioeconômica muito diferente.

Esse quadro teria, como efetivamente tem, reflexos no crescimento populacional dos grandes centros urbanos, que se mostra desordenado e tende a agravar cada vez mais a crise habitacional já existente, fazendo com que famílias inteiras busquem se adaptar a moradias exíguas e sem condições mínimas de habitação. Os idosos, tanto os naturais das grandes metrópoles como os migrantes, têm dificuldade de serem aceitos dentro de um espaço residencial restrito, à qual se associa o natural conflito com gerações mais jovens que coabitam no mesmo espaço.

Uma das características do processo migratório brasileiro rumo às grandes cidades é o predomínio de jovens em idade produtiva, que buscam os grandes centros à procura de trabalho mais bem-remunerado, objetivando dar suporte para toda a família. Os parentes mais idosos permanecem em seu local de origem, à espera do sonhado apoio financeiro que, freqüentemente, não chega e nunca chegará, tornando suas condições de vida tão precárias quanto já eram antes da migração dos mais jovens.

A conseqüência de todo esse processo é o isolamento do velho, ao qual se associam a pobreza, fruto de uma aposentadoria exígua e os problemas de saúde freqüentes nesta faixa etária, resultantes da existência de múltiplas afecções concomitantes.

Impacto Sobre os Serviços de Saúde

Os gastos atuais com atendimento à saúde da pessoa idosa e, principalmente, as projeções dos mesmos para um futuro não tão remoto, ou seja, para o primeiro quarto do século XXI, demonstram a preocupação dos países desenvolvidos com a necessidade de investimentos para atender à demanda sempre crescente de recursos.

Nos Estados Unidos os gastos com a saúde atingem cerca de 11,1% do produto interno bruto americano. Na Grã Bretanha, entre 1981 e 1986 os gastos aumentaram em aproximadamente 48%.

Muitos fatores têm contribuído para elevar as despesas com os cuidados com saúde: a elevação dos custos de internações hospitalares e outras formas de atendimento médico e o desenvolvimento de métodos terapêuticos e diagnósticos modernos, freqüentemente caros, como tomografia computadorizada, tomografia por emissão de pósitrons e ressonância nuclear magnética, entre outros. Um outro fator, sem dúvida vinculado aos anteriores, é o envelhecimento do idoso, isto é, o crescimento cada vez maior do número de pessoas que estão atingindo a nona e a décima décadas de vida, seguramente mais suscetíveis a enfermidades e, portanto, mais necessitados de cuidados médico-hospitalares.

Deve ser assinalado também que as características sociais do envelhecimento dos países da Europa e daqueles em desenvolvimento diferem quanto ao ritmo e à época em que ocorreu este processo. Assim, o aumento percentual de idosos em relação às demais faixas etárias ocorreu no primeiro numa época em que o poderio econômico permitia lhes fazer frente aos investimentos necessários à criação de uma infra-estrutura adequada que fizesse frente a doenças limitantes, crônico degenerativas, comuns em idosos. Essas, à época, já começavam a assumir papel de relevância entre os indivíduos dessa faixa etária, deslocando para um segundo plano as afecções infecto-contagiosas.

Profundos investimentos foram realizados nesses países na área hospitalar, na rede básica de saúde e em áreas sociais afins ao setor saúde. Na Inglaterra, atualmente com 17% de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, existe uma rede de serviços extra-hospitalares, por muitos considerada exemplar, que consegue manter o idoso em seu meio ambiente até graus relativamente avançados de dependência, retardando com isso o momento da institucionalização. Bom para o paciente, pois isso o mantém em seu lar, junto aos seus familiares e sob a proteção de uma rede de atendimento domiciliário adequada; ótimo para os órgãos governamentais, que, através do adia-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mento de eventual internação, tornam o gasto com a saúde menos dispendioso.

Apesar dessas medidas, os idosos utilizam 60% dos recursos do Departamento Nacional de Saúde e Cuidados Sociais da Inglaterra. O gasto *per capita* do departamento em 1980 com indivíduos entre 65 e 74 anos foi cerca de três vezes maior que o gasto com pessoas de 5 a 64 anos. Para aqueles acima dos 75 anos, o cálculo de gastos com a saúde foi aproximadamente oito vezes maior do que com a população geral.

Nosso país tem hoje pela frente o impacto e o desafio enfrentados pelos países da Europa há várias décadas, com uma diferença — negativa: o ritmo de crescimento da população idosa entre nós é muito maior do que o então presenciado por aquelas nações. Em decorrência disso, cresce de maneira acentuada a demanda por serviços por parte de pessoas desse grupo etário.

Sem querer justificar, pois não há justificativa para a locação aviltante de recursos para os serviços de saúde, é óbvio que as mudanças ocorridas no perfil das doenças mais comuns têm sua parcela de responsabilidade na situação atual. Até 1950, o Brasil apresentava uma estrutura essencialmente agrária. Desde então, transformou se de forma rapidíssima e, por isso mesmo, caótica em um país urbano e industrializado. O reflexo disso é o fato de que, em 1930, quase 50% dos óbitos eram causados por doenças infecciosas e parasitárias, enquanto em 1980 essas enfermidades foram responsáveis por apenas 10% do número de mortes. Na década de 1960, paralelamente ao crescimento da população idosa que então já se delineava, começavam a tomar vulto as doenças crônico-degenerativas, e, principalmente, as afecções cardiovasculares, suplantando as enfermidades infecciosas e parasitárias como causas de morte, configurando gradativamente uma situação semelhante à dos países desenvolvidos, porém, sem o suporte financeiro que essas nações possuem.

Essa situação tem nítida intenção de alerta: ruim hoje, dramática num futuro bem próximo. Os problemas relacionados à manutenção da saúde, associados à grave condição socioeconômica, exigem medidas urgentes. Considerar o idoso um ser não mais produtivo e, por conseqüência, não lhes reconhecer o direito à cidadania é imoral. Independentemente desse aspecto ético, há de se pensar que o idoso hoje, e com muito mais razão no futuro, consumirá grande parte dos recursos destinados à saúde e ao bem-estar.

Ações Atuais e Perspectivas

Se o aumento considerável da população de idosos no Brasil, por um lado, trouxe a lume os numerosos problemas referidos de maneira sumária neste capítulo, por outro, fez surgir a consciência de que medidas urgentes devem ser tomadas para enfrentar o desafio que todos temos diante de nós.

Essa conscientização, que já mobiliza setores da sociedade, deve-se, fundamentalmente, à pressão passiva exercida por uma população que hoje não pode ser considerada pequena e que tem problemas que não podem ser relegados a um segundo plano.

Embora incipientes, algumas medidas têm sido colocadas em prática por entidades representativas da sociedade. Já se avolumam nas grandes cidades núcleos preocupados em buscar soluções para os problemas que afligem as pessoas da terceira idade, visando a sua integração ao meio e ao atendimento às suas múltiplas necessidades de atenção à saúde e ao social. Já se observa um grande número de profissionais da saúde vivamente interessados em planejar ações e discuti-las em entidades com fins de defender e implementar os programas de atenção à saúde do idoso — são elas, por exemplo, os Conselhos Municipal e Estadual do Idoso e hoje, também, o Conselho Nacional do Idoso.

Em relação à formação dos profissionais da saúde, o ensino e a pesquisa têm merecido destaque. Cursos de graduação e de especialização são hoje uma realidade. Cresce o número de simpósios, mesas redondas, seminários e congressos que congregam os profissionais e visam não somente à formação como, e principalmente, à conscientização sobre os problemas já relatados. Criam se programas de Residência Médica, reconhecidos pelo Ministério da Educação, e de estágios de aperfeiçoamento em hospitais, universitários ou não. Reconhece-se o ensino de geriatria como disciplina, como aconteceu recentemente, por exemplo, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A pesquisa na área tem tido papel de relevância, o que é demonstrado pelo grande número de trabalhos publicados em revistas nacionais e internacionais abordando os múltiplos aspectos que envolvem o velho, a velhice e o processo de envelhecimento.

Salvo melhor juízo, é justamente na área da saúde que se observa maior número de ações, pois, além das assistências hospitalar e ambulatorial clássicas,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

outros modelos de assistência à saúde já estão sendo colocados em prática em algumas instituições. Esses modelos, embora ainda, precariamente, tentam reproduzir os já existentes nos países desenvolvidos, particularmente na Europa. São exemplos desses tipos de assistência o atendimento domiciliário, o centro dia e o hospital dia. Este último tem a finalidade de proporcionar tratamento médico, de reabilitação e de manutenção do estado físico, além de cuidados de enfermagem e assistência social. Criado em 1942, em Moscou, o hospital dia estende se hoje a praticamente todos os países desenvolvidos. O primeiro deles dedicado à geriatria nos moldes atuais foi inaugurado em Oxford, Inglaterra, em 1958, e hoje há cerca de 300 nesse país.

Finalmente, é necessário ressaltar a nossa preocupação durante todo este capítulo em não dar ênfase à expressão assistência médica. Preferimos utilizar outra expressão: assistência à saúde, pois é sob esse prisma que se entende hoje o tipo de atendimento que deve ser prestado particularmente aos idosos. Estes, por serem portadores freqüentes de problemas médicos, sociais, psicológicos e nutricionais, não raramente graves, beneficiam se da assistência interdisciplinar. Esse entendimento já é aceito e a interdisciplinaridade já está definitivamente implantada em todos os países desenvolvidos e em algumas instituições de nosso país.

Bibliografia

1. Beauvoir S. La vieillesse. Paris: Gallimard; 1972.
2. Bois JR. Histoire de la vieillesse. Paris: Presses Universitaires de France: 1994.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional do idoso. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção global ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERG; 2000.
4. Campbell LJ, Cole KD. Geriatric assessment teams. Clin. Geriatric Med; 1987; 3: 99.
5. Carvalho Filho ET, Alencar YMG. Teorias do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p.1.
6. Comfort A. The biology of senescence. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1979.
7. Davies I. Theories and general principles of aging. In: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM (eds.). Textbook of geriatric medicine and gerontology. 5 ed. Londres: Churchill Livingstone; 1992. p. 26
8. Fries JF, Crapo LM. Vitality and aging implications. São Francisco: W. H. Freeman and Co; 1981.
9. Hayflick L. The cell biology of aging. Clin. Geriatric Med. 1985; 1: 15.
10. Jacob Filho W, Souza RR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 31.
11. Kalache A, Veras RP Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev. Saúde Públ. São Paulo; 1987; 21: 200.
12. Kenney RA. Physiology of aging. Clin Geriatric Med; 1985; 1: 37.
13. Miller RA. The biology of aging and longevity. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP et al. (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 3 ed. Nova York: Mc Graw Hill; 1994. p. 3.
14. Paillat P. Sociologie de la veillesse. Paris: Presses Universitaires de France; 1963.
15. Papaléo Netto M, Yuaso DR, Kitadai FT. Desafio no terceiro milênio. O Mundo da Saúde; 2005; 4: 594.
16. Papaléo Netto M, Salles MFN. Fisiologia do envelhecimento: aspectos fundamentais. In: Papaléo Netto M, Brito FC (ed.). Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controle terapêutico. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 1.
16. Papaléo Netto M, Carvalho Filho, Salles RFN. Fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p 43.
17. Paschoal SMP, Franco RP, Salles RNF. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 19.
18. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Públ S. Paulo; 1987; 21: 225.
19. Rowe JW, Khan RL. Human aging: usual and successful. Science; 1987; 237: 143.
20. Rowe JW, Wang S. The biology and physiology of aging. In: Rowe JW, Besdine RW. Geriatric medicine. 2 ed. Toronto: Little, Brown and Co; 1988. p. 1.
21. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil; 1987; 21:(3):211.
22. Salgado MA. Aspectos da problemática do idoso no Brasil e a ação do SESC de São Paulo. São Paulo: SESC; 1978.
23. Salgado MA. Velhice, uma nova questão social. São Paulo: SESC; 1982.
24. Schoueri Jr. R, Ramos LR, Papaléo Netto M. Crescimento populacional. Aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto, M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 9.
25. Strehler BL. Aging: a challenge to science, society, and the individual. Clin. Geriatric Med; 1985; 1: 5.
26. Thomas LV. Attitudes des collectives envers; les vicillards: um problème de civilisation. In: Bianchi H, Moreigne JP, Balbo G et al. (eds.). La question du veillisement. Paris: Bordas; 1989. p. 132.
27. Walford RL. The extension of maximum life span. Clin Geriatric Med; 1985; 1: 29.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

2 A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento: Visão Histórica

Luiz Eugênio Garcez Leme

Introdução

Poucos problemas têm merecido tanto a atenção e a preocupação do homem em toda sua história como os problemas do envelhecimento e da incapacidade funcional comumente a ele associada. Muitas vezes, o gerontólogo pode imaginar, dado que a gerontologia em nosso meio é uma preocupação acadêmica recente, que antes não se tinha procurado estudar e definir perfis e padrões de envelhecimento, e que todo o conhecimento geriátrico e gerontológico é de nossos dias. Nada mais equivocado. Temos podido observar importantíssimos testemunhos históricos, de diversas culturas, não apenas sobre a preocupação com os problemas médicos do envelhecimento, mas, e principalmente, com todo seu perfil sociocultural — que, de algum modo, permeia o enfoque filosófico da história como um todo e em suas diversas partes. Não é sem motivo que Ortega y Gasset define o móvel da história não como a luta pelo controle dos meios de produção, mas sim o inter-relacionamento de gerações que são contemporâneas sem serem coletâneas.

Parecem existir evidências antropológicas de que a idade máxima de vida humana não se tenha alterado substancialmente nos últimos 100 séculos ou dez mil anos. Não obstante, a expectativa de vida humana nas sociedades antigas era extremamente reduzida em relação à atualidade, mercê dos problemas de saúde pública, de doenças endêmicas e epidêmicas e da violência, sendo extremamente raro que as pessoas sobrevivessem até a senectude.

Nas sociedades mais primitivas, a valorização pessoal parece ter estado ligada diretamente à capacidade física. Homens que se mantinham vigorosos mesmo na senectude parecem ter recebido mais consideração social que os que apresentavam as fraquezas e mazelas peculiares do envelhecimento. Nessas sociedades primitivas, por outro lado, o conceito de doença esteve inicialmente ligado, segundo Hofschlaeger, à teoria dos corpos estranhos. Esta teoria, que a princípio se referia às afecções cirúrgicas por objetos que penetram o corpo como flechas e pedras, estendeu-se, posteriormente, às enfermidades internas com a hipótese destas serem conseqüência da penetração no corpo de parasitas, venenos, alimentos etc. Daí serem as medidas terapêuticas mais antigas aquelas relacionadas à eliminação provocada de fluidos corpóreos, tais como clisteres, catárticos, sangrias, técnicas de sudorese etc. Do ponto de vista social, pode-se observar, por outro lado, que quanto maior a disponibilidade de recursos materiais em uma determinada sociedade, maior a possibilidade de uma boa posição social da faixa idosa da população referida. A valorização do conhecimento e da experiência dos idosos parece ter variado na dependência direta do montante de conhecimento e cultura e da disponibilidade de meios alternativos de transmissão dos mesmos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Valores religiosos e filosóficos certamente desempenharam também importante papel na valorização dos indivíduos idosos nas diferentes sociedades. A crença na vida pós-morte e a possibilidade da intervenção dos espíritos, de maneira direta ou indireta, na vida diária das pessoas, certamente interferiram na atitude das sociedades primitivas para com os idosos.

O conceito de solidariedade humana e de apoio da sociedade a seus membros mais fracos, essencial em gerontologia, deve ser atribuído a uma evolução de conceitos de cooperação em algumas sociedades primitivas, tendo evoluído de maneira mais notável na tradição judaica — na qual os mais pobres e necessitados, entre os da própria nação, deveriam receber tratamento diferenciado, por preceitos bíblicos — e, principalmente, na tradição cristã — que ao amor ao próximo associa, de maneira revolucionária, o amor aos inimigos, inimaginável em qualquer sociedade primitiva.

Esse conceito de amor gratuito e radical devotado a todas as pessoas indistintamente permeou a cultura ocidental com maior ou menor força nos últimos 20 séculos, e encontra-se na base de todas as nossas instituições sociais, religiosas ou não. Não é sem motivo que o moderno serviço social, indispensável na atenção adequada à população idosa, tem suas origens não em qualquer conquista da Revolução Francesa de 1792, mas na modesta e operosa obra das Damas de Caridade de São Vicente de Paula, fundada por um professor universitário, Frederico Ozanan, em 1833.

Egito

Uma vida familiar desenvolvida e uma estrutura social intrincada, na qual se ressaltavam as crenças religiosas e suas influências na vida cotidiana, já podiam ser observadas no antigo Egito por volta de 3000 a.C. Diversos documentos ressaltam a obrigação dos filhos de cuidar de seus pais idosos e de manter suas tumbas após a morte.

Imhotep, arquiteto e sacerdote, por volta de 2980 a.C., parece ter sido o primeiro médico referido na História egípcia e foi, mesmo não tendo origem real, divinizado durante a 26ª dinastia, entre 664 e 525 a.C., possivelmente relacionado com o deus grego Asclépios. O mais proeminente gênio do antigo império, Imhotep foi responsável, entre outras coisas, pela construção da primeira pirâmide egípcia, a pirâmide escalonada de Saqqara, monumento funerário do faraó Djoser, considerada a primeira construção em pedra do Egito. É muito característica desta época a miscigenação entre medidas naturais e mágicas, resultando num esquema médico intrincado e complexo.

Uma das primeiras representações gráficas do envelhecer ligado à debilidade encontra se no hieróglifo que significa "velho" ou "envelhecer", encontrado a partir dos anos 2800-2700 a.C., e que representa uma imagem humana deitada, com ideograma representativo de fraqueza muscular e perda óssea.

Não obstante, os egípcios objetivavam uma vida longa e saudável. Viver 110 anos era considerado o prêmio por uma vida equilibrada e virtuosa. A par disso, grande importância era dada a medidas higiênicas como os banhos, rituais de sudorese, vômitos e clisteres. A importância dessas práticas pode ser medida pela saudação normal de então: "Como você tem suado?" (Fig. 2.1).

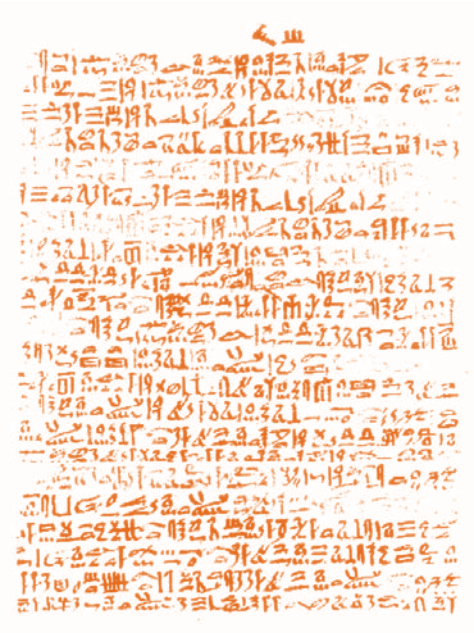


Fig. 2.1 Texto do papiro de Ebers.

Em 1600 a.C. encontramos o papiro cirúrgico de Edwin Smith, possivelmente uma recompilação de documento de 2500 a.C., contendo recomendações úteis ainda hoje em dia, como a compressão para o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

controle de hemorragias, seções especiais sobre doenças dos olhos, do coração e de outros órgãos internos, bem como descrições de casos clínicos comparáveis às encontradas em Hipócrates, quase um milênio mais tarde. Além das descrições clínicas, o documento também mostra diversas formulações. Uma delas chama-se "O livro para a transformação de um homem velho em um jovem de 20 anos", que contém a prescrição e a formulação de um ungüento especial feito a partir de uma pasta, mantido em um recipiente de pedras semipreciosas e usado em fricção para a eliminação de rugas e manchas (Fig. 2.2).



Fig. 2.2 Papiro de Edwin Smith.

O papiro de Ebers, de 1550 a.C., é uma compilação de múltiplas fontes. Inclui, além de rituais mágicos e invocações aos deuses, cuidadosas descrições de casos clínicos de um grande número de doenças e sintomas relacionados à velhice, incluindo angina de peito, palpitações, fraqueza, alterações auditivas e oculares, tumores, poliúria e obstrução urinária. Apresenta também valiosas prescrições, como o óleo de rícino como catártico e o ácido tânico para o tratamento das queimaduras. Esse documento é também referido como um dos primeiros a tentar explicar as manifestações do envelhecimento, considerado uma conseqüência da debilidade do coração, teoria que posteriormente foi assumida pelos gregos.

Oriente Médio

Por volta de 2000 a.C. os amoritas unificaram as nações e tribos no vale entre os rios Tigre e Eufrates. Nesse cenário foi construída a cidade da Babilônia, e nele floresceram a ciência e a arte graças a alguns monarcas, entre eles Hamurábi, responsável, pelo código em que, pela primeira vez, se definem responsabilidade e padrões de conduta dos profissionais médicos, bem como dos diversos setores da sociedade de então.

É originário da Mesopotâmia o mais antigo símbolo médico conhecido, o caduceu, já presente em vasos datados de 2700 a.C. O símbolo está intimamente ligado à aspiração ancestral do rejuvenescimento. As serpentes que, ao renovar sua pele, permanentemente se rejuvenescem, não têm outra significação.

Israel

A civilização hebréia, desenvolvida contemporaneamente à mesopotâmica, reforçou principalmente as medidas higiênicas e preventivas no tratamento das doenças. Muitos desses preceitos encontra se codificados no Pentateuco e no Talmude.

A dificuldade em se definir adequados dados históricos sobre a história médica do povo judeu inicia se pela própria estruturação do nome desta nação. Vemos o povo denominado como hebreu, israelita ou judeu. Na verdade, cada uma dessas denominações lhes impregnava com diferentes motivos de orgulho. O termo hebreu tem origem em Ebers, um dos descendentes de Noé; parece provir do termo mesopotâmico *habiru,* que significa atravessar ou cruzar, referindo se este nome à característica de povo que cruzou o deserto e suas dificuldades; o termo israelita deriva de sua descendência do patriarca Jacó, que teve seu nome mudado para Israel e, finalmente, o termo judeu refere se à descendência da tribo de Judá, que, após o exílio da Babilônia, guardou todas as tradições do "povo eleito". É interessante que as diversas denominações tenham sido usadas concomitantemente, provavelmente com sentidos pouco diversos. É significativo o trecho da carta de São Paulo que afirma: "São hebreus? Também eu o sou! São israelitas? Também eu!"

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O respeito do povo judeu pelos idosos fica patente em seu principal livro: A *Bíblia*. No livro de Ben Sirak (Eclesiástico), entre outros, escrito aproximadamente em 200 a.C., podemos ler conselhos não apenas sobre o cuidado com idosos, mas também referências aos cuidados necessários a pacientes demenciados: "Meu filho, ajuda a velhice de teu pai, não o desgostes durante sua vida. Se seu espírito desfalecer, sê indulgente, não o desprezes porque te sentes forte, pois tua caridade para com teu pai não será esquecida" (Ecle, 3:14,15); ou máximas sobre a velhice, como as seguintes: "Como acharás na velhice aquilo que não tiveres acumulado na juventude? Quão belo é para a velhice o saber julgar e para o ancião o saber aconselhar! Quão bela é a sabedoria nas pessoas de idade avançada... A experiência consumada é a glória dos anciãos!" (Ecle, 25:3 8)

Dos pontos de vista legal e político também era a velhice valorizada. Maltratar os pais era um crime que podia chegar a ser punido com a morte. O Sinédrio, órgão máximo do povo hebreu, era composto por 70 "anciãos do povo", homens ilustres, cujas filhas poderiam casar se com sacerdotes.

Uma das características mais marcantes do povo judeu foi seu sentido religioso e sua vida diária impregnada de toda uma estrutura teocêntrica. Nessa perspectiva, a doença era vista como a conseqüência do pecado, vindo como castigo ao pecador ou a seus descendentes. A figura do médico era extremamente valorizada, bem como os preceitos de higiene, havendo vários rabinos que proibiam em seus escritos a permanência de seus discípulos em cidades que não tivessem médico ou condições sanitárias adequadas.

No entanto, o ponto forte da medicina hebraica era a prevenção. Se por um lado as informações que temos sobre recursos medicamentosos ou terapêuticos nos indicam que os médicos usavam diversas plantas, o azeite e o vinho para deferentes tratamentos, por outro abundam os conselhos para uma vida longa e sadia. Pode se ler no tratado Gittin: "Existem oito situações em que o excesso é prejudicial e em que deve ser observada moderação: viagens, relações sexuais, riqueza, trabalho, comida e bebida, sono, banhos quentes e sangrias." Em outro dos livros podemos encontrar a recomendação de banhos de vapor seguidos de duchas frias e massagens com óleo, o que, refere se, mantinha o rabino Khaninna, aos 80 anos, ainda capaz de "ficar num pé só, enquanto colocava o chinelo no outro". No entanto, mesmo com esses cuidados os anos chegavam para todos, sobre o que pode-se ler: "Não tenho nele prazer! A época em que os homens fortes e as mulheres se encurvam e não podem mais moer o trigo nem as azeitonas é quando, na verdade, como disse o poeta, a canção do pássaro se esvai."

ÍNDIA

Antecedendo a invasão ariana, em 1500 a.C., desenvolveu se na Índia uma civilização (2500-1500 a.C.) que se sobressaía pela avançada estrutura de saúde pública, incluindo banheiros públicos, depósitos de lixo, padronização de construção de vias públicas e casas. A invasão ariana acarretou um declínio nesses aspectos de prática de saúde pública. Por outro lado, os arianos assimilaram os princípios médico-religiosos da medicina *ayurvédica*, datada de cerca de 900 a.C., baseada no texto Ayurveda, escrito na Índia. O texto combina informações sobre doenças, ervas e preceitos mágicos, enfatizando a higiene física e mental, relacionando — a par de dietas, exercícios e meditações — um grande número de medicamentos.

O primeiro grande médico conhecido na Índia, Charaka, praticou a medicina por volta de 1000 a.C.

O tratado *Sushruta Samhita,* escrito em 400 d.C. por Sushruta, outro grande médico hindu, compila, na verdade, um conhecimento de transmissão oral muito anterior e, de algum modo, abarca uma grande parte da ciência médica hindu, já relacionando a malária aos mosquitos, a praga aos ratos e listando mais de 700 plantas medicinais. O documento também refere-se ao rejuvenescimento e ao prolongamento da vida. Nesse contexto, a doença é vista como urna desarmonia dos elementos do corpo. Quatro tipos de doenças são assim identificados: traumáticas, causadas por injúrias externas; corpóreas, causadas por desequilíbrios físicos internos; mentais, causadas por emoções excessivas; e naturais, causadas pela privação das necessidades físicas e pelo envelhecimento. Cria-se que o homem possuía tendências mórbidas inatas e uma expectativa limitada de vida. O prolongamento desta é também considerado como uma possibilidade de melhor preparo espiritual para o nirvana. Acreditava-se que se poderia amenizar o processo de envelhecimento com o controle de influências desarmoniosas, associado ao uso de medicamentos específicos, como os preparados a partir de algumas plantas alucinógenas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

China

O *Nei Jing,* ou *Livro de medicina do imperador amarelo,* provavelmente escrito por volta de 300 a.C., descreve a anatomia humana, incluindo a circulação do sangue. Grande parte do tratamento chinês baseava-se na filosofia do Yin e Yang.

A mais antiga filosofia de saúde e doença na China (2900 a.C.) baseia se no Tao, o caminho, o equilíbrio da dualidade da natureza representada pelo princípio masculino, ou Yang — ativo, quente, seco, luminoso e positivo —, e pelo princípio feminino, ou Yin — passivo, frio, úmido, escuro e negativo. Viver, segundo o Tao, significa ser equânime, moderado e ter conduta apropriada. O texto *Clássicos de medicina interna dos imperadores amarelos,* compilado em 200 a.C., descreve as doenças como alterações do equilíbrio entre o Yin e o Yang e apresenta a saúde e a longevidade como conseqüências do equilíbrio atingido com o seguimento do Tao.

Durante toda sua história os chineses colocaram a ênfase primária na prevenção de doenças, envolvendo o equilíbrio de cinco elementos: terra, ar, fogo, água e metal, através de dietas específicas, exercícios e aspectos da vida diária que se alteravam de maneira sazonal. Existe referência ainda à vacinação contra a varíola, bem como a cirurgias com anestesia, incluindo a esplenectomia.

O tratado *Benkao Gang Mu*, escrito por volta do ano 300 d.C., inclui mais de mil medicamentos, inclusive ópio, ruibarbo, ferro e efedrina.

Mesmo reconhecendo a limitação natural da vida humana, acreditava-se que, de maneira natural, esta devesse se prolongar até a senectude, com a preservação das faculdades mentais e dos sentidos. Manifestações do envelhecimento como a hipoacusia eram também consideradas doenças e tratadas por meios que incluíam acupuntura, moxibustão, modificações dietéticas e medicamentos fitoterápicos com o fim de restaurar o equilíbrio.

Do ponto de vista social, os idosos parecem ter sido respeitados e bem tratados na antiga China. A própria filosofia de Confúcio (500 a.C.) exalta a virtude da piedade filial.

Japão

Pouco se sabe sobre a medicina japonesa anterior ao século VII. Aparentemente, até essa época houve grande influência da medicina da China, de onde eram importados, inclusive, os medicamentos. No século XVI, a medicina ocidental foi introduzida no Japão pelos missionários portugueses. Após o contato com o comodoro Perry, o Japão apresentou rápido progresso na área médica, sendo atualmente um dos principais centros de desenvolvimento gerontológico.

Grécia

O envelhecimento era odioso para os gregos, visto que representava um declínio na juventude e no vigor, altamente valorizados pela cultura helênica. No entanto, havia geralmente demonstrações de respeito pelos antigos vencedores e suas passadas conquistas, bem como pelos velhos estadistas e filósofos. Curiosamente, Esparta, que mais destacava o ideal físico, foi o local onde o conselho dos cidadãos idosos foi mais valorizado. Um conselho de 28 homens com idade acima dos 60 anos tinha, através da Gerúsia, o total controle da cidade estado.

No VI século a.C., por influência dos pitagóricos, aceitava-se a existência de quatro elementos básicos que participavam na composição de todas as substâncias: terra, ar, fogo e água, com suas correspondentes qualidades: secura, frio, calor e umidade. Na época de Hipócrates, em meados do século V a.C., essa doutrina tinha evoluído para a dos quatro humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. O equilíbrio de tais humores no corpo correspondia à condição de saúde; sendo a deficiência ou o excesso de um ou mais deste humores causada por fatores externos ou internos, relacionados à doença.

O método hipocrático de exame incluía uma observação cuidadosa da aparência do paciente, seu estado emocional, condição funcional, condição de vida e ambiente, incluindo clima e costumes locais. Tal método poderia ser facilmente subscrito por qualquer dos geriatras de nossos dias. Considerava-se que cada um poderia auxiliar a natureza na cura, evitando interferir nos processos da natureza, a não ser no tempo oportuno, indicado por sinais naturais.

Hipócrates registrou um grande número de observações sobre alterações peculiares aos idosos, incluindo distúrbios respiratórios, disúria, doenças renais, artralgias, vertigens, AVC, perda ponderal, catarata, hipoacusia etc. Percebeu também que as doenças crônicas que acompanham o envelhecimento raramente se curam. Ele sugeria moderação em todas as

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

atividades e desaconselhava aos idosos suspender suas ocupações habituais.

Durante esse período da história grega, a teoria predominante de envelhecimento referia-se ao calor intrínseco, um dos elementos essenciais, e o principal deles, relacionado à vida. Tal teoria postulava que, a princípio, cada pessoa possuía uma quantidade limitada de matéria, inclusive calor, para ser usada durante toda a vida. A taxa de utilização e o tempo necessário à mesma variavam de um indivíduo para outro. O calor intrínseco poderia ser reforçado ou restaurado, mas nunca ao nível inicial; assim, a reserva total diminuiria até a morte.

Aristóteles, um século mais tarde, expôs de maneira detalhada sua teoria do envelhecimento nos livros *Sobre a juventude e a velhice, Sobre a vida e a morte* e *Sobre a respiração.* Segundo essa teoria a alma é combinada ao nascer ao calor intrínseco, e dele depende para se manter unida ao corpo. A vida consistiria na manutenção desse calor e de sua relação com a alma, que se localizaria no coração. Para continuar aquecido, o calor intrínseco exige combustível. À medida que o combustível vai sendo consumido, o calor intrínseco diminui sobrevindo o envelhecimento. Toda chama débil pode ser extinta com mais facilidade que uma chama vigorosa (juventude), mas, deixada por si, a chama poderia perdurar até o total consumo do combustível.

Roma

Na antiga Roma, os idosos parecem ter recebido respeito, ao menos nominal. A mais importante instituição de poder, o Senado, deriva seu nome do *senex* (idoso), valorizando a experiência desses cidadãos. Um dos mais interessantes documentos sobre o envelhecimento nos foi legado por Marco Túlio Cícero, que em seu livro *Sobre a velhice* (*De Senectute*) nos faz preciosas considerações sobre os diversos problemas do envelhecimento, como a perda de memória e da capacidade funcional, as alterações dos órgãos dos sentidos, a perda da capacidade de trabalho etc. Impressiona na leitura desse clássico a clareza com que são tratados problemas com os quais os gerontólogos ainda se deparam, mais de 2000 anos mais tarde, e as soluções, absolutamente atuais, propostas para muitos desses problemas pelo genial intelectual romano. Ao tratar, por exemplo, da memória, põe em relevo a importância dos exercícios mentais para a manutenção da mesma, medida seguramente subscrita por qualquer dos neurogeriatras de nossos dias.

As mais importantes figuras médicas do Império Romano foram, por certo, Celsus e Galeno.

Aulus Cornélius Celsus (10-37 d.C.), de origem aristocrática, escreveu uma enciclopédia médica de oito volumes denominada *De re medica,* nos quais trata, nos primeiros seis volumes, do diagnóstico de diversas doenças e seus tratamentos, incluindo recursos de dieta, drogas e manipulação, e, nos dois últimos, de cirurgia, sendo feita em seus trabalhos a descrição do tratamento para doenças comuns nos idosos, como a catarata, o bócio e os cálculos de bexiga. Pouco reconhecido em vida, seus trabalhos foram redescobertos no século XV, quando tiveram grande impacto no pensamento científico.

Galeno, médico romano nascido na Grécia (129-200 d.C.), fez observações extensas sobre anatomia em animais (porcos, cães e bodes); fisiologia, com conceitos sobre a digestão, a formação do sangue e a função dos nervos; e clínica médica, sendo o primeiro a valorizar o estudo do pulso como recurso diagnóstico. Foi autor de trabalhos volumosos que exerceram capital importância na medicina até, pelo menos, o século XVI, quando Andreas Vesalius e Willian Harvey retomaram seus temas. Galeno combinou a doutrina dos quatro humores, a noção aristotélica do calor intrínseco, a noção de *pneuma* (espírito ou sopro de vida) e a crença em um só Deus. Na sua concepção, os tecidos são produzidos com a ajuda do calor (elemento secante). Quando os tecidos atingem seu crescimento máximo as partes se constituem e atingem sua força máxima. Como o calor procede para secar os tecidos ainda existentes, a vitalidade e o desempenho tornam se reduzidos. Em seu livro *Gerontomica*, Galeno adverte: o idoso deve ser aquecido e umedecido. Deve-se tomar banhos quentes, fazer dietas especiais, tomar vinho e permanecer ativo. Atualmente, quando se diz da necessidade de se cuidar da prevenção da hipotermia entre os idosos e da importância de sua hidratação, muitos dos modernos geriatras não fazem mais que repetir conselhos que Galeno deu muitas vezes a seus pacientes (Fig. 2.3).

Idade Média

A Idade Média abarca aproximadamente um milênio (500-1500 d.C.). Imaginar que tal período de tempo possa ser chamado, em bloco, de Idade de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Trevas, como por vezes se vê, mesmo em ambientes acadêmicos, é uma suposição no mínimo temerária. Em nossos dias, cada vez mais estudos vêm demonstrando uma pujante vida intelectual e científica em muitos períodos desse milênio, cujas descobertas e invenções vieram a marcar definitivamente a história da humanidade e permitir o ulterior desenvolvimento de ciências específicas (Fig. 2.4).



Fig. 2.3 Galeno.



Fig. 2.4 Quatro elementos.

Nesse período, a medicina ocidental viu-se a braços com o problema de concatenar as tradições dos invasores bárbaros, as tradições clássicas greco-romanas e a influência cristã, mantendo a influência de Galeno praticamente inalterada. O interesse acadêmico centrou-se, quase exclusivamente, em medidas higiênicas para a manutenção de boa saúde até uma idade avançada, sem se definir, não obstante, medidas concretas de saúde pública.

Deve ser dito, a bem da verdade, que, em matéria de higiene, a Renascença teria muito a aprender com o período medieval. Chama a atenção a importância dada a medidas de higiene pessoal e banhos prescritos nessa época. Um singelo testemunho arquitetônico pode ser encontrado no fato de a Abadia de Cluny dispor de aproximadamente 40 banheiros, comodidade desconhecida, por exemplo, no palácio de Versalhes.

No século VII iniciou-se a grande expansão islâmica, que atingiu o Oriente Médio, o norte da África e o sul da Europa, principalmente a Espanha. Nesse período observa-se a assimilação da cultura clássica, principalmente a grega, pela cultura árabe. Atuaram, pois, os árabes como preservadores da cultura médica grega que, num segundo tempo, foi retomada em inúmeros centros de estudos.

Altamente eclética, a medicina islâmica associou aos elementos dos clássicos gregos, cujo conhecimento lhes veio por monges nestorianos, os conhecimentos do Talmude, conhecimentos de Astrologia prove-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nientes do Egito e do Oriente. Processos químicos básicos, como a destilação, a cristalização e a sublimação, datam dessa época. Não é sem motivo que palavras árabes como álcali, álcool, xarope e droga são, até hoje, usadas em medicina.

Entre seus maiores expoentes sobressai-se Avicena (*Ibn Sina*, em árabe), um árabe de origem persa (980-1063), médico-chefe do conhecido Hospital de Bagdá e filósofo, autor de obras que tentavam reconciliar a filosofia e o Islã. Entre outras, escreveu o *Cânon médico,* obra extensa baseada nos tratados de medicina greco-romanos e que associava a anatomia de Galeno e as descrições clínicas de Hipócrates, sendo, por séculos, o principal texto no ensino da medicina no Ocidente (Fig. 2.5).

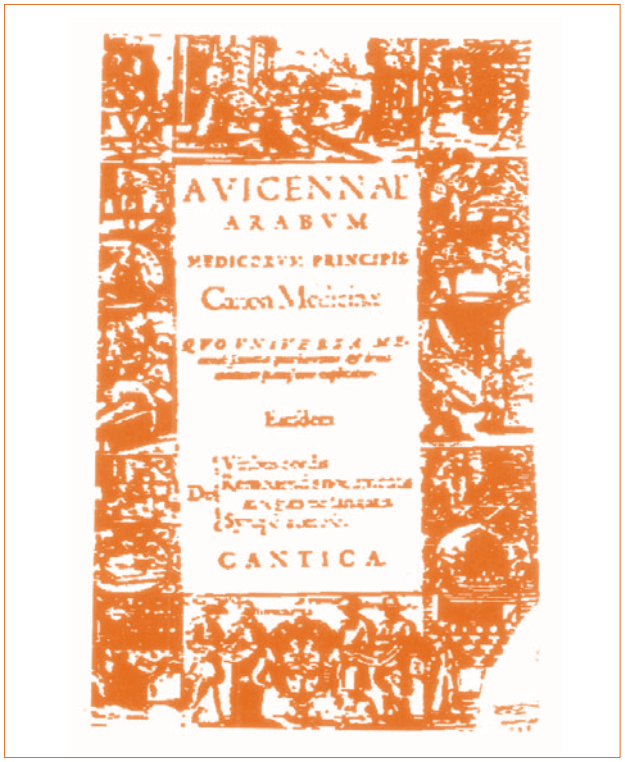


Fig. 2.5 Texto de Avicena.

Com fama equivalente à do Hospital de Bagdá, os islâmicos desenvolveram hospitais em Damasco, em 1160, que permaneceram ativos por mais de 300 anos e, no Cairo, estabeleceram o Hospital Al Mansur, em 1276, que foi o primeiro a enfatizar o ensino, a ciência e o serviço social, um precedente dos nossos modernos hospitais universitários.

Maimônides (Moses ben Maimon, 1135-1204), de origem israelita, foi médico do sultão Saladino e líder da comunidade judaica no Egito, sendo conhecido não só como médico, mas como legislador, tendo elaborado um credo que diferenciava o judaísmo do cristianismo e do islamismo. Sua obra *Moreh Nebukin*, ou *Guia para os perplexos*, causou grande polêmica ao tentar analisar vários ensinamentos rabínicos à luz da filosofia de Aristóteles, interpretada por filósofos árabes como al Farabi e Avicena. Foi um influente médico de formação essencialmente hipocrática e galênica e um dos autores que mais valorizaram a medicina preventiva, já advertindo os idosos, em alguns de seus dez tratados, a evitar excessos, manter cuidados de higiene, beber vinho e manter acompanhamento médico periódico (Fig. 2.6).



Fig. 2.6 Maimônides

O surgimento das universidades contribuiu para organizar o ensino médico e criar critérios de excelência aceitos pelas principais instituições de então, como as universidades de Paris (1110), Bolonha (1113) e Oxford (1167).

A Escola Médica de Salerno, fundada em 800 d.C. no sul da península italiana, foi um dos primeiros e mais famosos centros médicos do medievo, combinando um centro de ensino, um hospital e uma escola médica ao ensino influenciado por conhecimentos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da filosofia grega, com traços árabes e judaicos. A grande liberdade de conhecimentos aí reinante pode ser avaliada pela presença de mulheres como professoras, fato absolutamente inusitado até então. A mais conhecida, Trotula, publicou um dos primeiros tratados de ginecologia. A anatomia baseava-se no estudo do porco, seguindo os passos de Galeno. O curso durava cinco anos e os alunos deviam passar por um exame de qualificação antes de poder exercer a medicina.

Cem anos mais tarde, no início do século X, já encontramos em Veneza legislação que tributava em 10% as heranças para, com esse fundo, prestar assistência específica às pessoas incapazes e idosas (Fig. 2.7).



Fig. 2.7 Texto de A. de Villanova.

Fundada em 1161, um pouco depois de Salerno, a Escola Médica de Montpellier teve maior ligação intelectual com a medicina islâmica.

De Montpellier é justo que se destaque o nome de Arnold de Villanova (1235-1312), doutor em teologia, leis e filosofia, diplomata, médico e químico, que imaginou ter descoberto o elixir da longa vida. Seu livro *Da conservação da juventude e da proteção da velhice* foi escrito em 1290 e, embora contenha uma crítica a Galeno, concorda essencialmente com o conceito galênico de que o envelhecimento se devesse ao aumento dos humores secos e frios, podendo ser contrabalançado pela utilização de humores úmidos.

Nessa mesma época, Roger Bacon (1212-1294), frade franciscano que é considerado, com justiça, o primeiro advogado do método científico, defendia os conceitos galênicos sobre a ligação do envelhecimento com a diminuição do calor intrínseco, acrescentando conceitos próprios sobre situações que intensificariam a perda deste calor, como infecções, desordem na organização de nossas vidas e ignorância sobre hábitos de higiene. Para prolongar a vida, o autor sugeria medidas até hoje ortodoxas, como controle dietético, repouso e exercícios moderados e bons hábitos de higiene, ao lado de outras não tão ortodoxas, como a inalação freqüente da respiração de uma jovem mulher virgem. A esse cientista deve a medicina a idéia de tratar a deficiência visual com o uso de lentes corretoras (Fig. 2.8).

Dignas de nota são, ainda no século XIII, as *Tacuina,* textos médicos com preciosas iluminuras que destacam uma série de recursos terapêuticos de origem vegetal e animal. Nesses textos, encontrados nos últimos 100 anos em bibliotecas de vários centros europeus *(tacuinum* de Paris, Viena, Liège, Rião, Roma), mas que parecem ter sua comum origem na região norte da Itália (Vale do rio Pó), pode-se ver citadas, por exemplo, as vantagens do uso da manjerona pelos idosos, melhorando a "obstrução do cérebro". Estaria o autor medieval referindo-se apenas ao fluxo de raciocínio ou já teria alguma idéia da importância da aterogênese na origem das demências vasculares senis?

Renascimento

Ao período medieval seguiu-se o Renascimento. Nessa fase pode se observar, segundo alguns autores, um progressivo aumento na expectativa de vida. Concomitantemente surge maior interesse com referência aos problemas do envelhecimento. Na segunda metade do século XV, Gabriele Zerbi (1468-1505), anatomista, professor e clínico, escreveu seu livro *Gerontocomia,* um manual de higiene para idosos que representa o primeiro livro impresso destinado exclusivamente à geriatria. Nesse texto, Zerbi define que o idoso tem uma compleição especial, primeiro fria e seca e posteriormente quente e úmida, definindo essa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 2.8 Representação medieval dos "três grandes".

compleição uma predisposição para mais de 300 doenças: "Os velhos têm dificuldade de respiração, catarro acompanhado de tosse, dores e dificuldades de micção, dores nas juntas, doenças nos rins, tonturas, apoplexia, caquexia, pruridos por todo o corpo, falta de sono, descargas líquidas pelas fezes, olhos e narinas, dificuldades de visão, catarata e diminuição da audição." Nesse livro, Zerbi cobre muitas das atividades normais dos idosos, orientando, inclusive, sobre os melhores lugares para as casas de idosos a adequada prescrição dietética. Ponto curioso nesse autor é a defesa do uso do leite humano para a melhoria de condição dos idosos. Tal conceito, aparentemente estranho, pode ser encontrado em muitas passagens históricas desde então. É conhecido o fato de que o Duque de Alba, ao morrer em Lisboa em idade avançada e já muito doente, somente conseguia se alimentar de leite humano. Mesmo recentemente, podemos ler em *As vinhas da ira*, de John Steinbeck, o episódio em que o velho moribundo é cuidado por uma jovem que acabara de perder um bebê. Muito interessante também é o fato de, em seu texto, Zerbi ter colocado as virtudes necessárias aos que quisessem se dedicar à atenção dos idosos, os *gerontocomus*, que deveriam ser: "Humanos, conhecedores da medicina, moralizados, experientes, frugais, religiosos, limpos, moderados no comer, com bons hábitos, de boa aparência, sem odores corpóreos ou perspiração excessiva." Tais características seriam necessárias nos profissionais para que estes, por sua própria vida, pudessem servir de exemplo de conduta para os pacientes idosos.

Um pouco depois, Luigi Cornaro (1467-1566), veneziano nobre e especialista em leis, escreveu aos 88 anos o *Tratado sobre saúde e vida longa e sobre os meios seguros para consegui-las,* um manual de higiene que se tornou extremamente popular, principalmente pelo fato de o autor ter vivido até os 99 anos. Na verdade, o autor, por volta dos 40 anos, percebeu que problemas importantes de saúde que apresentava eram devidos a seu intemperado estilo de vida. Restringiu-se, a partir de então, a 350g de alimentos sólidos e 500g de líquidos por dia, com o que afirma ter recuperado sua saúde e a paz de espírito, evitando, ao mesmo tempo, os estresses físicos e emocionais (Fig. 2.9).



Fig. 2.9 Paracelsus.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Paracelsus (Teophrastus Philipus Aureolus Bombastus von Hohenheim, 1493-1541), médico e químico alemão, teve posição extremamente polêmica em seu tempo, condenando a medicina tradicional e definindo como causa das doenças não o desbalanço do equilíbrio interno, mas a agressão de agentes externos, aos quais, afirmava, devia se direcionar o tratamento. O autor considerava inata a tendência do corpo a corrupção, separação e acúmulo de detritos, processos estes que levariam não apenas às doenças como ao envelhecimento, sendo possível retardar a debilidade com atenção à nutrição e a um ambiente geográfico adequados, bem como com algumas substâncias místicas (Fig. 2.10).

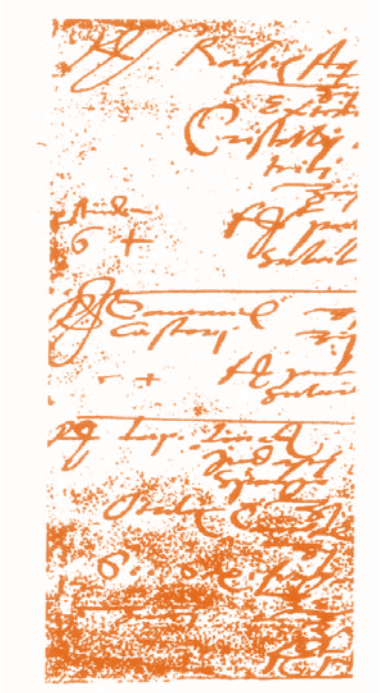


Fig. 2.10 Receitas de Paracelsus.

Por ocasião do aparecimento da ciência, no século XV, a necessidade de verificação experimental dos eventos tornou-se patente. O primeiro livro de geriatria em língua francesa foi escrito nessa época por Andre Laurens, médico da corte e professor universitário que, a partir de autópsias em idosos, discutiu a antiga teoria de que o coração diminui de tamanho após os 50 anos. Francis Bacon (1561-1626), proponente do raciocínio indutivo, escreveu *A história natural da vida e da morte* e *a prolongação da vida*, no qual contradiz muitas das antigas teorias sobre o envelhecimento e a morte natural, retomando idéias de Galeno sobre o espírito (*pneuma*). Segundo Bacon, um espírito jovem inserido em um corpo velho faria regredir a evolução da natureza. Para prolongar a vida recomendava uma dieta apropriada, exercícios, certas ervas, massagens e banhos especiais. É curioso notar que Francis Bacon foi o primeiro a se referir a transplantes de órgãos.

O primeiro livro de Geriatria impresso originalmente em inglês foi *Medicina gerontocomia* ou *Arte galênica de preservar a saúde dos homens velhos*, escrito por *sir* John Floyer (1649-1734), médico inglês. George Cheyne (1671-1743) escreveu um tratado de higiene denominado *Considerações sobre a saúde e a vida longa*. Em comum, esses autores têm a defesa da teoria humoral da patologia, sendo seus escritos indicativos dos primeiros passos da Ciência.

A Era Moderna

Os avanços em química, anatomia, fisiologia e patologia nos séculos XVII e XVIII tornaram mais realistas as discussões sobre o problema do envelhecimento. Morgagni, cientista italiano (1682-1771), em seu livro *Sobre os locais e causas das doenças,* descreve 50 anos de pesquisa em 500 cadáveres, em um estudo da correlação entre os sintomas clínicos e os achados necroscópicos. Foi a eliminação final da teoria humoral como causa única e definitiva de todas as doenças. O livro, verdadeiro divisor de águas na história da medicina, foi publicado quando o autor já tinha 79 anos.

Johann Bernard von Fischer (1685-1772) escreveu o primeiro livro sobre idosos que rompe com a tradição medieval, dirigindo-se à modernidade. Em seu trabalho *De Senio Eiusque Gradibus et Morbis* (*A velhice, seus estágios e suas doenças*), publicado na Alemanha em 1754, o autor ataca energicamente o pessimismo existente no meio médico sobre a atenção aos idosos. Na primeira parte do livro, von Fischer dedica-se ao estudo da anatomia e da fisiologia dos idosos, procurando separar envelhecimento normal e doença. Como características do envelhecimento são listadas: dilatação do coração e da aorta, calcificação dos pequenos vasos, adelgaçamento cerebral, espessamento de cartilagens e degeneração dos ossos. Descreve ainda as características de respiração, pulso, sono, nutrição e excreção. A segunda parte do livro é dedicada às doenças e seu tratamento e a terceira define regras de higiene a serem seguidas pelos idosos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Com o início da Revolução Industrial e do Racionalismo, autores passam a comparar o corpo a uma máquina, sujeita ao desgaste. Erasmus Darwin (1731-1802), avô de *Sir* Charles Darwin, propunha que o envelhecimento e a morte decorriam da incapacidade, da irritabilidade e de uma menor resposta dos tecidos. Ainda nessa época, importante contribuição é dada pelo médico americano Benjamin Rush (1745-1813) com o livro *Análise do estado do corpo e da mente na velhice com observações sobre as doenças e os remédios,* no qual o autor faz uma análise da fisiologia do envelhecimento, com as implicações clínicas das alterações observadas. Rush, de maneira pioneira, lança os conceitos de que as doenças, e não o envelhecimento em si, são as responsáveis pela morte, e de que o envelhecimento não é doença.

Em seu livro *A arte de prolongar a vida do homem,* Christoph Hufeland (1762-1836) afirma que a força vital é capaz de renovar continuamente o corpo e, por isso, a vida poderia ser prolongada com o aumento da força vital, fortalecendo os órgãos e diminuindo sua perda; no entanto, esse prolongamento não podia ser feito de maneira indefinida. Outros, mais otimistas, como Condorcet (1743-1794), acreditavam que com o progredir da ciência a expectativa de vida poderia crescer indefinidamente. Com o final do século XVIII e início do século XIX, métodos progressivamente mais científicos passam a ser descritos. Burkhard Seiler (1779-1843) publicou em 1799 um livro referente à anatomia do idoso, baseado em dissecções *post mortem,* que teve grande valor durante o século XIX. Carl Canstatt (1807-1850), na Alemanha, e Clovis Prus (1793-1850), na França, publicaram simultaneamente sistemáticas descrições de doenças nos idosos.

Carl Friedrich Canstatt teve, ao longo de seus 43 anos de vida, impressionante produção científica. Além de publicar um livro e fundar um periódico anual de atualização médica, publicou em 1839 em *Erlangen Die Krankheiten des höheren Alters und ihre Heilung* (*As doenças da idade avançada e seu tratamento*). Nesse impressionante tratado, considerado erroneamente o primeiro tratado científico de geriatria (título que deve ser concedido a von Fischer) podem ser encontradas verdadeiras pérolas da verdade científica em geriatria, como "O idoso morre gradualmente enquanto ainda vive" ou "O envelhecimento identifica-se à involução: um enfraquecimento do estado mental, exteriorizado numa indiferença psíquica que pode levar à melancolia e ao suicídio". Em seu trabalho, Canstatt não hesita em indicar inúmeros problemas não resolvidos, estimulando os estudantes e leitores a completarem suas observações. O trabalho marcou de tal maneira sua época que autores franceses estranharam como poderia o autor ter tanta experiência com idosos clinicando na pequena cidade de Anspach, na Baviera. Poderiam talvez obter como resposta a máxima de Goethe: "O gênio floresce em ambientes tranqüilos."

Na metade do século XIX, a população idosa começou a aumentar e o interesse médico no cuidado dos idosos como um grupo separado passou a existir. O Hospital Salpétrière, em Paris, que acomodava de 2 a 3 mil idosos, pode ser considerado o primeiro estabelecimento geriátrico. Nele, Jean Martin Charcot (1825-1893), em função de suas atividades nas áreas de neurologia e psiquiatria, ministrou famosas aulas sobre o envelhecimento, tendo publicado em 1867 as *Lições sobre o envelhecimento*. Esse foi o primeiro trabalho formal sobre o tema a surgir nos Estados Unidos. Rico em observações clínicas e sobre estilo de vida dos pacientes, o trabalho também traz consigo muito do estilo pessoal de observação e de ensino de Charcot: "Nos idosos, os órgãos parecem estar independentes uns dos outros. Eles sofrem independentemente e as lesões de cada um podem afetar muito pouco a economia geral do organismo. Assim, doenças graves podem ter manifestações muito discretas, podendo mesmo passar despercebidas. Nos idosos podemos encontrar um grande número de doenças latentes." Qualquer dos modernos geriatras poderia subscrever, sem qualquer alteração, estas afirmações do grande mestre francês, apresentação evidente do grande pleomorfismo das manifestações mórbidas no idoso.

William John Thoms (1803-1885), intelectual com interesse amplo de conhecimento, dedicou se ao estudo da história e do mito, tendo sido o criador da expressão *folk lore,* da qual deriva nossa palavra folclore. Esse interesse levou o a estudar a longevidade mítica de alguns personagens como Parr, Jenkins, Desmond e outros, em um livro intitulado *Longevidade humana, fatos e ficção*. A obra desencadeou uma onda de revolta na população que o denominava "o mais abusado homem da Inglaterra". No texto, Thoms insiste no uso de um critério histórico preciso para o estudo das pessoas referidas como tendo atingido idades acima dos 100 anos. As "heresias" de Thoms levaram a British Medical Association a instituir um inquérito, que acabou dando razão aos argumentos de Thoms.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O médico I. L. Nascher (1863-1944) pode ser considerado o pai da geriatria moderna. Americano nascido em Viena, lá teve ocasião de visitar casas de idosos e pôde verificar a boa saúde deles, escrevendo: "Isso se deve ao fato de que os idosos são tratados da mesma maneira que os pediatras tratam as crianças." O fato levou-o, em 1909, a criar um novo ramo da medicina que ele denominou geriatria. Em 1912 fundou a Sociedade de Geriatria em Nova York e em 1914 publicou o livro *Geriatria*. Em 1917 o *The Medical Review of Reviews* decidiu ter uma seção de geriatria e convidou Nascher para seu editor.

Alfred Worcester (1855-1951) foi considerado um pioneiro em muitas áreas do conhecimento médico em clínica, cirurgia e obstetrícia nos Estados Unidos. Iniciando sua carreira na Harvard Medical School, sob a orientação de *Sir* Oliver Wendell Holmes, Worcester foi o pioneiro a propor, entre outras, a operação precoce na apendicite aguda e a internação dos tuberculosos. A par de sua brilhante carreira médica e acadêmica, Worcester marcou época por sua visão humana e impregnada de compaixão para com os que padeciam de enfermidade. Seu livro de 77 páginas tem o curioso título *Cuidados com os idosos, os moribundos e a morte* e foi, por muitos anos, considerado um clássico da literatura médica. No texto podemos ler: "A melhora e o conforto de nossos pacientes deveriam ser nossos objetivos principais, e não o simples prolongar de suas vidas, mesmo porque a melhoria das condições de vida fornecidas aos idosos freqüentemente reflete-se em um prolongamento de suas vidas, por restaurar sua vontade de viver. E, importantíssimo: tirar o idoso do leito que é por vezes a única maneira de salvá-lo. Se necessário deve o próprio médico carregá-lo como a uma criança desde o leito até uma poltrona próxima a uma janela aberta." Podemos ainda observar uma interessante e válida avaliação do desempenho dos jovens médicos a partir de seu relacionamento com os idosos. "Antigamente eu acreditava que poderia avaliar o desempenho de uma jovem enfermeira pela reação que os bebês tinham aos seus cuidados. Do mesmo modo, atualmente creio que a qualificação de um jovem médico pode ser medida pela reação de seus pacientes idosos a seus cuidados com eles. Não existe maneira mais precisa de medir seu tato e cortesia, sua simpatia e dedicação. Estas são qualificações indispensáveis aos médicos. Alguns parecem tê-las como características naturais, com maior facilidade de expressão, que com a prática pode ser levada à facilidade de levar à ação os interesses de cada um."

Em 1939, Vincent Cowdry (1888-1975) escreveu seu livro *Problems of Aging*.

O progressivo interesse da comunidade médica pelos temas geriátricos gerou, nos Estados Unidos, a criação de duas sociedades: The American Geriatrics Society, em 1942, que lançou seu jornal em 1946; e The Gerontological Society, em 1945, com seu jornal lançado também em 1946.

Em 1950 foi fundada a International Society of Gerontology, que passou a congregar, em nível mundial, as sociedades médicas interessadas no estudo do envelhecimento.

No Brasil, ainda que tenhamos referências específicas sobre algumas particularidades do exame físico do idoso já no início do século XX, com trabalhos do professor Doutor Ovídio Pires de Campos, o interesse sistemático pela atenção ao idoso é bem mais recente. Somente em 1961 foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria, posteriormente designada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que teve como fundador e primeiro presidente o Doutor Roberto Segadas, do Rio de Janeiro. O primeiro serviço universitário surgiu por volta de 1975 na Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob direção do professor Yukio Moriguchi. A este viria juntar-se, já na década de 1980, o Serviço de Geriatria da Universidade Federal do Rio Grande, sob orientação do professor Jorge Silvestre.

Em São Paulo, o interesse pela geriatria começou a ser delineado na década de 1970, com a fundação, em 1975, da Seção São Paulo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, através do Serviço de Clínica Médica do Hospital do Servidor Público Estadual, na época dirigido pelo professor Reynaldo Chiaverini, e que teve como incentivadores iniciais, além do próprio professor Chiaverini, as figuras do professor Wanderley Nogueira da Silva e do Doutor Ney Perracini.

Na Universidade de São Paulo as atividades começam pouco depois dessa época. Em 1979, um grupo de médicos do Serviço de Propedêutica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo visitou centros de ensino e pesquisa gerontológica nos Estados Unidos, na Inglaterra, na Holanda, na Alemanha e na Itália, conseguindo subsídios técnicos para a criação do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas, inicialmente ligado à disciplina de Propedêutica, sob a orientação do professor Luiz Gastão de Serro Azul, e posteriormente como um serviço independente, sob a orientação do pro-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fessor Eurico Thomaz de Carvalho Filho, já como programa de Curso de Extensão Universitária, Estágio e Residência Médica.

Pouco depois dessa data iniciaram-se serviços de geriatria na Escola Paulista de Medicina, no Instituto do Coração e na Santa Casa de Misericórdia.

Em 1992 a Universidade de São Paulo incluiu a geriatria como disciplina obrigatória no currículo do quarto ano médico, tendo sido realizado o primeiro concurso de livre docência em geriatria. Ainda em 1992 iniciou se o trabalho da Clínica Geronto Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, com enfoque interprofissional na atenção ao idoso e com renovado programa de residência médica.

Nota: Para a elaboração do presente capítulo foram essenciais as informações contidas nos trabalhos de Zeeman FD (1970) e de Gaylord & Willians (1994), dos quais foram utilizados alguns textos e diversas referências bibliográficas.

Bibliografia

1. Adams F (trad.). The genuine works of Hypocrates. Sydenhan Society, Londres, 1849. apud Gaylord, SA, Willians, ME. A brief history of the development of geriatric medicine. J Am Geriatr Soc; 1994; 42: 335
2. Aristoteles (Ogle W, trad.). On young and old age, on life and death and on respiration. Londres: Longmans, Green & Co; 1897.
3. Avicenna. Cannon of medicine. Milan; 1473.
4. Bach JE. Imunosenescência. Triangulo; 1987; (25) 1:25.
5. Bacon F (Rawley W, trad.). History natural and experimental of lyfe and death or of the prolongation of lyfe. Londres: A. W. for Willian Lee & Humphrey Moseley; 1658. p. 61.
6. Bacon R (Browne R, trad.). The cure of old age and preservation of youth. Londres: Fletcher & Edwards Evets; 1683.
7. Bhishgratna KK (trad.). The Sushruta Samhita. Calcutá; 1907.
8. Bíblia Sagrada, Velho testamento. Tradução do original pelos monges de Maredsous; 75 ed. São Paulo: Editora Ave Maria; 1957.
9. Breasted JH (trad.). The Edwin Smith Surgical Papyrus, Vol I: 498. Chicago: University of Chicago Press; 1930.
10. Cheyne G. An essay on health and long life. Londres: Georges Strahan & J. Leake; 1724.
11. Confort A. Theories of Aging In: Bloklehurst JC (ed.). Textbook of Geriatrics Medicine and Gerontology. Londres: Churchill Livingstone; 1975. vol. 3. p. 56.
12. Cornardo L, Lessius L (Smith T, trad.). A treatise of health and long life with the sure means of attaining it. Hitch. Londres: Leake & Flackton; 1743.
13. Henri D. A vida diária nos tempos de Jesus. São Paulo: Editora Vida; 1991 .
14. Darwin E. Zoonomia; or the laws of organic life. Boston: Thomaz & Andrews; 1809.
15. Diepgen, P. Historia de la Medicina. Barcelona: Editorial Labor; 1925.
16. Du Laurens A (Surphlet R, trad.). A discourse of preservation of the sigth; a melancholike diseases: of rheumes and old age. Londres: Felix Kingston; 1599.
17. Ebbel B (trad.). The Ebers papyrus. The greatest egyptian medical document. Londres: Oxford University Press; 1937.
18. Finzi B. Mille anni di storia della geriatria a Venezia. Information Gerontologique Internationale; 1995; 2/70: 2.
19. Floyer J. Medicina gerontocomia or the Galenic art of preserving old men's health. Londres: J. Isted; 1724.
20. Freeman JT. Aging. Its History and Literature. Nova York: Human Sciences Press; 1979.
21. Galeno (Green M, trad.). A translation of Galen's Hygiene. (Thomaz C, ed.). Springfield, 11. 1952.
22. Gaylord SA, Willians ME. A Brief History of the Development of Geriatric Medicine. J Am Geriatr Soc 1994; 42:335
23. Grant RL. Concepts of aging. A historical review. Perspect Biol Med; 1963; 44: 443.
24. Grolier. Eletronic Enciclopaedia 1994.
25. Hufeland CW (Jourdan A., trad.). L: art de prolonguer la vie de l'homme. Paris: J.B. Bailliere; 1824.
26. Iveith I (trad.). Huang Ti Nei Chung Su Wen. The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine. Baltimore: Willians and Wilkins; 1949.
27. Kenney RA. Physiology of Aging — A Synopsis. Chicago: Year Book Med Publish; 1989.
28. Lyons AS, Petrucelli RJ. Medicine: an flustrated History. Nova York: Harry N. Abrams Publishers; 1978.
29. Oliveira AB. Evolução da medicina. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1981.
30. Ostfeld A, Smith CK, Stotsky BA. The sistemic use of procaine in the treatment of the elderly: a review. J Am Geriatr Soc; 1997; 25: 1.
31. Paracelsus (Sudhoff K, ed.). Samtliche Werke, vol III; pag 203-245. R. Oldenburg. Munich & Berlin, 1930.
32. Prus CL. Recherches sur les maladies de la veillese. Acad Roy Med; 1840; 8: 1.
33. Rush B. Medical inquires and observation. Filadélfia: Johnson & Warner; 1815.
34. Rusting RL. Why do we age? Scientific American dez. 1986; 86-95.
35. Seiler B. Anatomiae corporis humanis senilis specimen. Erlangan: J. J. Palm; 1799.
36. Suarez L. Grandes Interpretaciones de la Historia. Pamplona: Ediciones de la Universidad de Navarra; 1985.
37. Villanova A (Drummont J, 1544, trad.). De conservatione juventutis et retardatione senectutis. 1290 A.D.
38. Willians ME, Gaylord SA. The Biology of Aging in Geriatrics Rewiew Syllabus (1):1 6, Beek JC (ed.). The Americam Geriatrics Society, Nova York; 1989.
39. Zeenan FD. Old age in ancient Egypt. A contribution to history of Geriatrics. J Mt Sinai Hosp; 1942; 8: 1161.
40. Zeman FD. Life's later years. Studies in the medical hystory of old age. J Mt Sinai Hosp; 1944; 11: 45.
41. Zeman FD. Some Little Known Classics of Old Age Medicine. JAMA; 1967; 200: 150.
42. Zerbi G. Gerontocomia, scilicet de senium cura atque victu. ex officina, Roma: E. Silveri; 1489.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3 Ciência do Envelhecimento: Abrangência e Termos Básicos e Objetivos

Matheus Papaléo Netto

Introdução

O organismo do ser humano, assim como o de todos os animais homeotérmicos, de sua concepção até a morte passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. É possível identificar entre as três primeiras fases marcadores biofisiológicos de transição. O exemplo clássico desta afirmação é a menarca, como marcador do início da puberdade.

Ao contrário do que acontece com as outras fases, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico do seu início. Este é, seguramente, um dos fatores responsáveis pelo atraso dos conhecimentos sobre o processo fisiológico do envelhecimento. Infelizmente, a demarcação entre a maturidade e o envelhecimento, a qual este período de vida aparentemente segue, é arbitrariamente fixada mais por fatores socioeconômicos e legais do que por biológico. O termo "aparentemente" tem sua justificativa, pois, como será abordado mais adiante, o início do processo de envelhecimento poderá preceder a fase de maturidade, se levar em consideração a opinião de alguns autores que acreditam ser aquele relativamente precoce.

Pode-se aceitar também que o envelhecimento, segundo Timiras (1988), seja temporalmente uma fase da vida que começa em algum período indeterminado, que segue a maturidade e que se caracteriza pelo declínio progressivo da capacidade funcional e pelo aumento da suscetibilidade a doenças, o que termina por levar à morte.

Não se podendo fixar o início do envelhecimento, pode-se, pelo menos, afirmar que o mesmo manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo. Pode-se aceitar também que, com o passar dos anos, ocorre aumento exponencial da mortalidade e que esta é precedida por elevação também exponencial da prevalência de entidades patológicas, seguramente decorrente do somatório dos declínios das funções orgânicas ao longo do processo de envelhecimento.

É por esse motivo que, embora não seja inteiramente satisfatória, a definição que melhor atende aos múltiplos aspectos que caracterizam o envelhecimento é aquela que o conceitua como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Tais mudanças determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por conduzir à morte.

Considerações Iniciais

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento clamam para a necessidade de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

parte de Moragas[11]. A esse respeito o autor assim se posiciona: "Ao constituir o envelhecimento um fenômeno humano como a infância ou a idade adulta, as perguntas que se impõem, ainda que sejam novas, podem e devem ser respondidas pelas disciplinas estabelecidas, como a medicina, a sociologia, a economia, o direito etc., com enfoque gerontológico, não se justificando a criação de uma nova disciplina."

Essa opinião de Moragas é, no mínimo, discutível. Vários argumentos podem ser levantados contra tal posicionamento. Assim, Metchnikoff, em 1903, defendia a idéia de uma *nova disciplina científica – a gerontologia*. Acrescente-se ainda que a própria definição da especialidade coloca um ponto final nos questionamentos que foram e que poderão ser levantados. Assim, pode-se defini-la como uma *disciplina científica multi e interdisciplinar,* cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais.

Tais argumentos são mais que suficientes para colocar por terra opiniões contrárias. Assinale-se que a visão de disciplina no Brasil é diferente da defendida por Moragas, fato que tem respaldo, por exemplo, na existência da disciplina de pediatria em todas as faculdades de medicina, que, se formos aceitar os argumentos desse autor, tem também a finalidade de estudar um fenômeno humano (utilizando sua própria expressão) – a infância. Acrescenta-se a isso apenas mais um exemplo, entre tantos: a criação recente da disciplina de geriatria na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Cremos que essas colocações justificam considerar a gerontologia uma disciplina. Mais importante, porém, é o reconhecimento pela comunidade e autoridades científicas da existência de uma área de conhecimento científico — a *Ciência do Envelhecimento* —, que teve sua importância e sua denominação defendidas no II Encontro das Universidades, realizado na cidade do Recife em 2000. A criação dessa área de estudo seria o efetivo reconhecimento de um processo de relevância para a ciência brasileira, visto que aglutinará pesquisas cuja interatividade irá potencializar o manejo do envelhecimento em todas as suas áreas de atuação e de construção do saber.

O reconhecimento dessa ciência, que tem o mesmo campo de ação da disciplina de gerontologia, não exclui sua existência. Assim, enquanto esta, como disciplina, nos remete ao interior da universidade, a ciência do envelhecimento ou simplesmente gerontologia tem sua ação dentro e fora dos limites dos *campi*.

Divisões da Ciência do Envelhecimento

A ciência do envelhecimento tem sob si a responsabilidade de ser o centro do qual emanam suas ramificações – gerontologia social, gerontologia biomédica e geriatria – que, em conjunto, atuam sobre os múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento e suas conseqüências.

A gerontologia social, que aborda aspectos não-orgânicos, e a geriatria e a gerontologia biomédica, que se atêm aos aspectos orgânicos, são subdivididas de acordo com as especialidades que as compõem. Assim, a primeira compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde. A geriatria tem sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde e, para realizar esse mister, tem relação estreita com disciplinas da área médica, como neurologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, entre outras, que deram origem à criação de subespecialidades, como a neurogeriatria, a psicogeriatria, a cardiogeriatria, a neuropsicogeriatria etc. Além disso, mantém íntima conexão com disciplinas não pertencentes ao currículo médico, embora a este profundamente relacionadas, como nutrição, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, odontologia e assistência social.

A gerontologia biomédica tem como eixo principal o estudo do fenômeno do envelhecimento dos pontos de vista molecular e celular (biogerontologia), enveredando pelos caminhos de estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas.

Nesses campos as pesquisas estão direcionadas principalmente à obtenção de respostas a questões do tipo como e por que envelhecemos. Acredita-se que, como demonstra a Fig. 3.1, sobre uma base genética atuariam, com maior ou menor intensidade, fatores extrínsecos — rotulados como estilo de vida —, psicossociais e ambientais, determinando alterações funcionais, celulares e moleculares, acarretando diminuição da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático e, portanto, maior predisposição a doenças. É óbvio que esse mecanismo é apenas presumido, o que, por si só, realça a importância da realização de pesquisas sobre o processo de enve-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

no do envelhecimento e suas implicações, o que tornou necessário o conhecimento dos limites de suas respectivas áreas, embora dentro de uma perspectiva de integração das mesmas.

Importância da Interdisciplinaridade

Durante toda exposição foi ressaltada várias vezes a importância da interdisciplinaridade em gerontologia. Acreditamos que é justamente nessa área do conhecimento que a relação interdisciplinar e, portanto, interprofissional é particularmente relevante. É importante lembrar a posição de Minayo sobre o tema: "Há áreas de investigação e prática que nunca poderiam ser abrangidas através de um única disciplina. Este é o caso da saúde do idoso, na qual as questões biológicas estão imbricadas com as relações sociais, expressões emocionais, razões culturais e ambientais."

Sobre o papel da interdisciplinaridade, Jeckel Neto ressalta que a natureza do processo de envelhecimento, que permeia todos os aspectos da vida de uma pessoa, dos biológicos aos sociais, exige que uma investigação seja feita de maneira integrada. Aqueles que quiserem realizar investigações científicas sérias do processo de envelhecimento deverão buscar o trabalho em equipe. Esta deverá ser constituída por um grupo de pessoas das mais diversas origens profissionais, propiciando não apenas um estudo multidisciplinar — o grupo deverá estabelecer uma organização interna que o capacite a desenvolver uma interdisciplinaridade eficiente. Não há dúvidas de que hoje a tendência mundial é o estabelecimento de pesquisas envolvendo estudos interdisciplinares sobre o fenômeno do envelhecimento em si e estudos comparativos sobre aspectos biológicos do envelhecimento e da longevidade animal[12].

Se, por um lado, segundo Neri (2000), a interdisciplinaridade corresponde à maior riqueza da gerontologia e da geriatria, por outro, na prática, acaba criando equívocos conceituais, principalmente na alocação das pesquisas pelas diversas áreas, resultando na pulverização de conhecimentos e em "especializações" desconexas, o que fere frontalmente a natureza científica e epistemiológica dessas ciências. O julgamento do mérito acaba ocorrendo por parte de consultores que desconhecem a área gerontológica, o *corpus* teórico metodológico próprio das ciências do envelhecimento ou, ainda, a relação entre a práxis científicas e a práxis social nesse campo específico. Isso cria situações muito delicadas para os órgãos de fomento. As considerações feitas pela autora chamam a atenção para os equívocos cometidos, pois ela, como todos os profissionais que militam no campo da ciência do envelhecimento, reconhece que a interdisciplinaridade se destaca hoje como forma de atuação importante, constituindo elo entre disciplinas díspares, com campos de ação diversos, mas que têm como objetivo comum o estudo dos múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento.

Tais considerações colocam os profissionais perante o desafio de efetivamente lutarem para que a interdisciplinaridade saia dos bancos acadêmicos, transcenda os limites das discussões teóricas, situação esta que, se não revertida para a prática diária e para pesquisa, torna-se estéril e, portanto, inútil.

Termos Básicos

A evolução dos conhecimentos em gerontologia, assim como o grande número de disciplinas que, de forma direta ou indireta, a compõe, colocam o profissional da saúde diante de vários conceitos, termos ou expressões que, embora tenham importância fundamental para aprofundar os conhecimentos, podem ser motivo de confusão em uma equipe interprofissional. É preciso, portanto, que se comece a exercer a interdisciplinaridade pela busca de um "idioma comum" a todos.

Não é nossa intenção abordar todos os termos ou expressões utilizados em gerontologia, mas acreditamos que, salvo melhor juízo, os destacados sejam os mais usados. De qualquer maneira, maiores detalhes sobre este tema poderão ser encontrados na obra *Palavras-chave em Gerontologia*, de Anita Liberalesso Néri (2001).

Gerontologia e Geriatria

Os termos gerontologia e geriatria, seus significados e suas áreas de abrangência foram discutidos em definição do campo, motivo pelo qual solicitamos ao leitor remeter-se à seção citada.

Idades Biológica e Cronológica

O limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento. É este critério cronológico que é adotado na maioria das instituições que procuram dar aos idosos atenção à saúde

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

um todo *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse *continuum* é possível observar fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos que representam limites de transição entre as mesmas. O exemplo é a menarca como marcador do início da puberdade na mulher. Ao contrário do que acontece com as outras fases, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início, por motivos já expostos. De qualquer forma, a demarcação entre maturidade e envelhecimento, à qual este período aparente segue, é arbitrariamente fixada mais por fatores socioeconômicos e legais do que pelos biológicos.

A incapacidade de mensurar o fenômeno do envelhecimento, que está intimamente vinculada à dificuldade de definir a idade biológica, justifica a falta de segurança para se adotar quaisquer das teorias existentes sobre o fenômeno. Os mesmos motivos justificam a inexistência de uma definição de envelhecimento que atenda aos múltiplos aspectos que o compõe. Respeitando-se as limitações assinaladas e dentro de uma visão prioritariamente biogerontológica, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. Essa definição pode ser complementada com um outro conceito, este predominantemente funcional, elaborado por Comfort, segundo o qual o envelhecimento se caracteriza pela redução da capacidade de adaptação homeostática perante situações de sobrecarga funcional do organismo.

Velho e Velhice

Às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície, canície, redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se à perda dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e motoras e perdas afetivas. Tais manifestações somáticas e/ou psicossociais começam a se tornar mais evidentes, na maioria das pessoas, a partir do fim da terceira década da vida ou pouco mais tarde, ou seja, muito antes da idade cronológica. É preciso esclarecer que essas manifestações são facilmente observáveis quando o processo que as determinou encontra-se em toda sua plenitude. Deve ser assinalado que não há uma consciência clara que, através de características físicas, psicológicas, sociais e culturais e espirituais, possa anunciar o início da velhice. Segundo Baldessin[2], alguns parecem velhos aos 45 anos de idade e outros jovens aos 70.

Se o início exato da velhice é rigorosamente indefinido e, portanto, torna-se difícil tentar fixá-lo, maior dificuldade talvez resida nas diferentes formas como a sociedade vê o fenômeno e o idoso: preconceituosa com aqueles que têm origem em classes sociais mais baixas, benevolentes para os que ocupam classes sociais mais elevadas[14].

Tais considerações deixam claro que, ao lado dos problemas médicos, psicológicos e legais muito mais acentuados e freqüentes na velhice, assumem particular importância os problemas sociais nas classes mais desfavorecidas.

Envelhecimento Comum e Envelhecimento Bem-sucedido

A grande heterogeneidade dos idosos em todos os seus aspectos, sejam morfológicos, funcionais, psicológicos e sociais, decorrente, entre outros fatores, da grande amplitude dessa faixa etária, que começa cronologicamente aos 60 anos e atinge os 100 anos ou mais, tem originado questionamentos sobre o conceito de normalidade quando se faz referência à população idosa. Por outro lado, é conhecido o fato de que o ritmo de declínio das funções orgânicas varia de um órgão a outro, mesmo entre idosos que têm a mesma idade. Essa observação justifica a impressão de que os fatores determinantes do envelhecimento produzem efeitos deletérios diferentes de uma pessoa a outra. Tal fato contribui, segundo Rowe e Khan[20], para o desenvolvimento de uma distinção conceitual dentro da categoria de envelhecimento normal, em que pesem todos os questionamentos passíveis de serem feitos ao conceito de normalidade. Admite-se hoje duas formas distintas de envelhecimento: usual ou comum e bem-sucedido ou saudável.

É aceito que na forma de envelhecimento comum os fatores extrínsecos (tipo de dieta, sedentariedade, causas psicossociais etc.) intensificariam os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos, enquanto na forma de envelhecimento saudável estes não estariam presentes ou, quando existentes, seriam

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

indivíduo continua dependente. Assim, uma senhora com fratura do colo do fêmur, que ficou restrita a uma cadeira de rodas, poderá exercer sua autonomia, apesar de não ser totalmente independente.

No que diz respeito a independência e dependência, esses são conceitos ou estados que só podem existir em relação a alguma outra coisa. Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada. Em termos afetivos, alguém pode ser independente em relação a uma pessoa e dependente em relação a outras. Wilkin[24] conceitua dependência como "um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros) para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas". Essas definições e tantas outras transmitem a impressão de que a dependência sempre se refere a uma relação social. Ela, portanto, não é um atributo individual, mas sim de um indivíduo em relação a outros.

O que se procura obter é a manutenção da autonomia e o máximo de independência possível, em última análise, a melhora da qualidade de vida. Isso só poderá ser obtido com uma avaliação gerontológica abrangente, que tem a finalidade de atuar sobre o desempenho físico, psíquico (cognitivo e afetivo) e social.

Multidimensionalidade e Interdisciplinaridade

Os múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e da velhice justificam a noção já exposta de que o estado de saúde transcende os limites puramente biológicos e, mais que o controle das doenças, nosso objetivo maior é a melhora da qualidade de vida. Para atender a essa visão abrangente de saúde deve ser levada em consideração a complexa inter-relação entre os aspectos físicos, funcionais e psicológicos da saúde e da doença, além das condições socioeconômicas e fatores ambientais. Para colocar em prática esse conhecimento é necessária uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, preferencialmente realizada por uma equipe interdisciplinar.

Avaliação Gerontológica Multidimensional

A avaliação gerontológica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico multidimensional, freqüentemente interdisciplinar, planejado para a abordagem de problemas médicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa, com o objetivo de desenvolver um plano amplo de tratamento e acompanhamento de longo prazo. Acrescente-se que hoje é opinião consensual que a avaliação deverá ser multidimensional, visando, prioritariamente, à capacidade funcional. Esta, ultimamente, tem sido a chave da atenção ao idoso, constituindo-se no indicador mais relevante de bem-estar das populações idosas.

Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

Serão feitas apenas algumas considerações adicionais, pois a interdisciplinaridade já foi discutida anteriormente. A atenção à saúde do idoso, assim como a pesquisa e o ensino no campo da gerontologia, passou a ser exercida há algum tempo por profissionais de diversas áreas, que, por serem responsáveis, dentro de uma equipe, por determinado campo de conhecimento, têm condições de fazê-lo com mais competência e eficiência. Coloca-se em prática dessa forma a recomendação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que assim se posiciona: "Quaisquer que sejam as atividades planejadas de promoção de saúde, deverão incluir atuações no campo biológico, psicossocial, político e legal." Acrescenta, além disso: "A promoção da saúde do idoso deverá estar a cargo de uma equipe interdisciplinar."

Assinale-se que, ao lado disso, têm importância a interação e a integração dos componentes da equipe, pois com isso, haverá não só uma visão mais abrangente da pessoa idosa, como também um estímulo à formação de conhecimentos de todo conjunto de profissionais, que poderá ser a alavanca para a realização de pesquisas em todas as áreas da ciência gerontológica.

Referências Bibliográficas

1. Achenbaum WA. Crossing frontiers. Gerontology emerges as a science. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
2. Baldessin A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 491.
3. Comfort A. The biology of senescence. 3 ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1979.
4. Evans JG. Prevention age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. J Chron Dis; 1984; 37(5): 353.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

4 Epidemiologia do Envelhecimento

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
Renato Prudente Franco
Renata Freitas Nogueira Salles

Introdução

A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida têm levado ao envelhecimento da população.

A população idosa esteve habitualmente associada aos países desenvolvidos, como Japão, Europa e América do Norte. No entanto, o que devemos considerar é que o envelhecimento populacional é nos dias atuais um fenômeno mundial, que ocorreu e vem ocorrendo nos países em desenvolvimento. A partir da década de 1960, a maioria dos idosos, em números absolutos, vive em países do terceiro mundo e as projeções estatísticas demonstram que esta é a faixa etária que mais crescerá na maioria dos países em desenvolvimento (Fig. 4.1)

No Brasil, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (1985), entre 1950 e 2025, a população de idosos crescerá 16 vezes contra o aumento de cinco vezes da população total. As últimas projeções para 2025, divulgadas no U. S. Bureau of the Census (1996), colocam o Brasil, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (Tabela 4.1).

A grande diferença está relacionada às condições nas quais se deu esse envelhecimento. Nos países desenvolvidos, a transição demográfica ocorreu gradualmente ao longo de um maior período de tempo, conseqüente a um maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa mudança foi brusca e despreparada.

Neste capítulo será abordada toda a dinâmica desse processo de envelhecimento populacional, em todo o mundo e, em particular, no Brasil, bem como suas repercussões sobre os diversos setores da sociedade.

Transição Demográfica Mundial

Chegamos ao século XXI e vemos que no último século ocorreram transformações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde das populações em todo o mundo e, conseqüentemente, na sua estrutura demográfica. Isso se deu de forma não uniforme, isto é, as diferenças entre as regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas ainda permanecem, determinadas por diferentes fatores históricos, culturais, sociais e econômicos. Essa alteração na estrutura etária da população, caracterizada pelo seu envelhecimento, é denominada envelhecimento populacional, ou seja, aumento na proporção de idosos.

O termo *transição demográfica* refere-se ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores. Quando há queda na taxa de mortalidade, com au-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 4.1 Ranking dos Países com Maior Número de Idosos em 2025 e Aumento desde 1996

País	1996	Número	2025	Número	Aumento
China	1	115,2	1	290,6	152.3
Índia	2	61,9	2	165,1	166,7
Estados Unidos	3	43,9	3	82,5	87,9
Japão	4	26,3	4	39,6	50,6
Indonésia	6	13	5	37,8	190,8
Rússia	5	24,7	6	34,2	38,5
Brasil	11	11,6	7	30.7	164,7

Fonte: U.S. Bureau of the Census, 1996. Global Aging int the 21 st. Century. In: Chaimowicz, F. (1998).

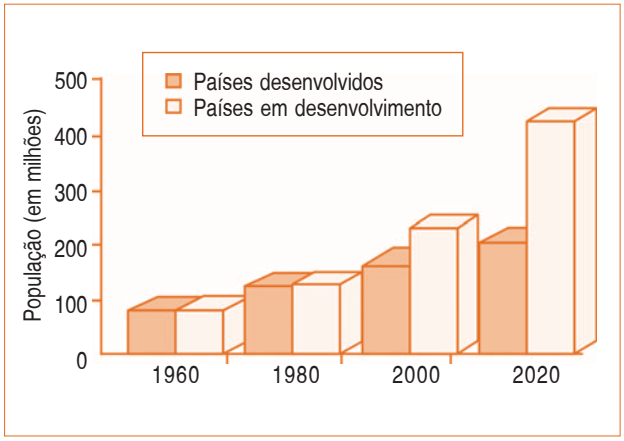


Fig. 4.1 População idoso no mundo 1960-2020. *Fonte: WHO, World Health Statistics Annual, Geneve, 1987.*

mento da expectativa de vida, e diminuição da taxa de fecundidade, a população começa a envelhecer. E, à medida que envelhece, mudam também suas características epidemiológicas. A *transição epidemiológica* é definida por uma mudança nos padrões de morbimortalidade, principalmente por declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas.

Explicando esse processo, até o início do século passado os países desenvolvidos apresentavam uma taxa elevada de nascimentos, que era compensada por uma taxa de mortalidade também muito alta, de forma que a população se mantinha estável, com uma grande percentagem de jovens. A partir da Revolução Industrial, ocorre elevação do nível de vida da população, traduzida por urbanização das cidades, melhores condições sanitárias, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e melhoria das condições ambientais, tanto de moradia como no trabalho. Essa garantia do que chamamos condições básicas de sobrevivência foi fundamental para melhoria das condições de vida da população e dos indicadores de saúde e, conseqüentemente, para a queda na taxa de mortalidade, principalmente a mortalidade infantil.

A simples introdução dos hábitos de higiene eliminou infecções que matavam incontáveis vidas sob a forma de endemias ou pestes.

Alguns autores consideram até que esses fatores, em longo prazo, foram mais relevantes na evolução favorável dos padrões de saúde das populações que as intervenções tecnológicas e o desempenho dos serviços sanitários.

A redução das taxas de mortalidade provoca aumento da expectativa de vida da população, mas não necessariamente o envelhecimento populacional, situação que não ocorrerá se as taxas de fecundidade e natalidade continuarem elevadas. É a partir da queda da fecundidade que a proporção de adultos aumenta levemente, a do grupo etário mais jovem diminui e a das pessoas mais velhas aumenta em termos relativos. O aumento contínuo na percentagem de idosos ocorrerá quando a fecundidade for muito baixa e as taxas de mortalidade em quase todos os grupos etários continuarem a cair.

A queda da fecundidade começa a ocorrer nos países desenvolvidos em conseqüência do processo de urbanização e industrialização, devido à facilidade de acesso à educação e saúde, aos programas de planejamento familiar e à incorporação da mulher no mercado de trabalho, reduzindo o tempo de cuidados aos filhos e iniciando a tendência a famílias cada

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vez menores. Os países da Europa, por exemplo, apresentaram queda na sua natalidade, chegando aos níveis atuais, ao longo de cerca de 100 anos.

Na maioria dos países em desenvolvimento, as taxas de fecundidade e mortalidade permaneceram altas até a metade do século XX (e ainda se mantêm elevadas nos países africanos). Isto é, as melhores condições socioeconômicas a partir da industrialização e da urbanização, responsáveis pela queda na mortalidade, diferentemente do que já ocorria nos países desenvolvidos, ainda não se faziam presentes quando, no final da década de 1940 e início dos anos 1950, foram introduzidos nessas regiões os antibióticos, as vacinas e outras conquistas da medicina que acabaram por ser os principais responsáveis pela redução da mortalidade nos países em desenvolvimento.

Nesses países, embora ainda exista pobreza e miséria, as conquistas tecnológicas da medicina moderna (assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnósticos, entre outros), ao longo dos últimos 60 anos, conduziram aos meios que tornaram possível prevenir ou curar muitas doenças fatais do passado.

Dessa forma, a mortalidade passa a diminuir consideravelmente. A taxa de natalidade, no entanto, ainda permanece alta, o que ocasiona um crescimento muito grande da população jovem nos países em desenvolvimento e o risco de uma explosão demográfica (fato que ocorreu no Brasil na década de 1950).

Somente a partir das décadas de 1960 e 1970 ocorre a queda da fecundidade; as taxas praticamente despencam com a introdução dos métodos de anticoncepção e com o movimento feminista, não tendo havido uma diminuição gradual da fecundidade, como ocorreu na Europa. Apresentam-se, então, baixas taxas de natalidade e mortalidade, ocorre um crescimento não tão grande da população total e um aumento progressivo da população de idosos.

Pode-se chegar ao ponto em que a taxa de nascimentos cairá mais que a taxa de mortalidade e, então, haverá crescimento negativo da população, o que já acontece na Dinamarca, na Hungria e no Canadá.

Resumidamente, essa mudança caracterizada por baixa mortalidade e baixa fecundidade foi responsável pelas alterações na estrutura etária da população e seu conseqüente envelhecimento.

A transição epidemiológica, por sua vez, ocorre em conseqüência da diminuição da mortalidade infantil, principalmente pela queda na incidência das doenças infecciosas e o aumento da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas e por causas externas.

Uma série de outros múltiplos fatores, interagindo de maneira complexa ao longo dos anos, pode ser também responsável pelo envelhecimento populacional. Devem ser citados, além da industrialização e da urbanização, os processos de migração, as mudanças no estilo de vida e os hábitos sedentários, o ingresso da mulher no mercado de trabalho, o acesso a métodos contraceptivos e o acesso a novas tecnologias médicas.

O crescimento demográfico da população idosa tem sido de grande interesse para estudiosos. A taxa de crescimento dessa população tem sido maior que a taxa correspondente do total da população. As estimativas apontam que, de 1990 a 2025, a população idosa mundial crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população em sua totalidade. O grupo de idosos com 75 anos ou mais é o que cresce mais rapidamente. Nas Américas, esse grupo constitui atualmente 1 a 2% da população geral, enquanto na América do Norte excede 5,5%. Ainda em relação ao continente americano, para 2025, projeta-se um expressivo crescimento no percentual de idosos, maiores que 60 anos, na quase totalidade dos países (Fig. 4.2).

Um dado significativo da mudança na estrutura da população é o índice de envelhecimento (número de pessoas de 60 anos ou mais por cada 100 jovens menores de 15 anos) que vem se elevando, embora, em 1997, essa relação variasse entre os países das Américas de um máximo de 82 no Canadá a um mínimo de 9 na Nicarágua. As estimativas são de que esse índice duplique ou triplique nos próximos 30 anos, sendo que em 2025, para os mesmos países, ele será de 176 e 26, respectivamente (Fig. 4.3).

Discorreremos, a seguir, sobre alguns dos principais indicadores e fatores determinantes da transição demográfica, enfatizando sua relação com o processo de envelhecimento populacional.

Mortalidade

Até a Revolução Industrial, a fome era endêmica em várias regiões do mundo, a falta de saneamento básico era ainda uma característica das cidades e as

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

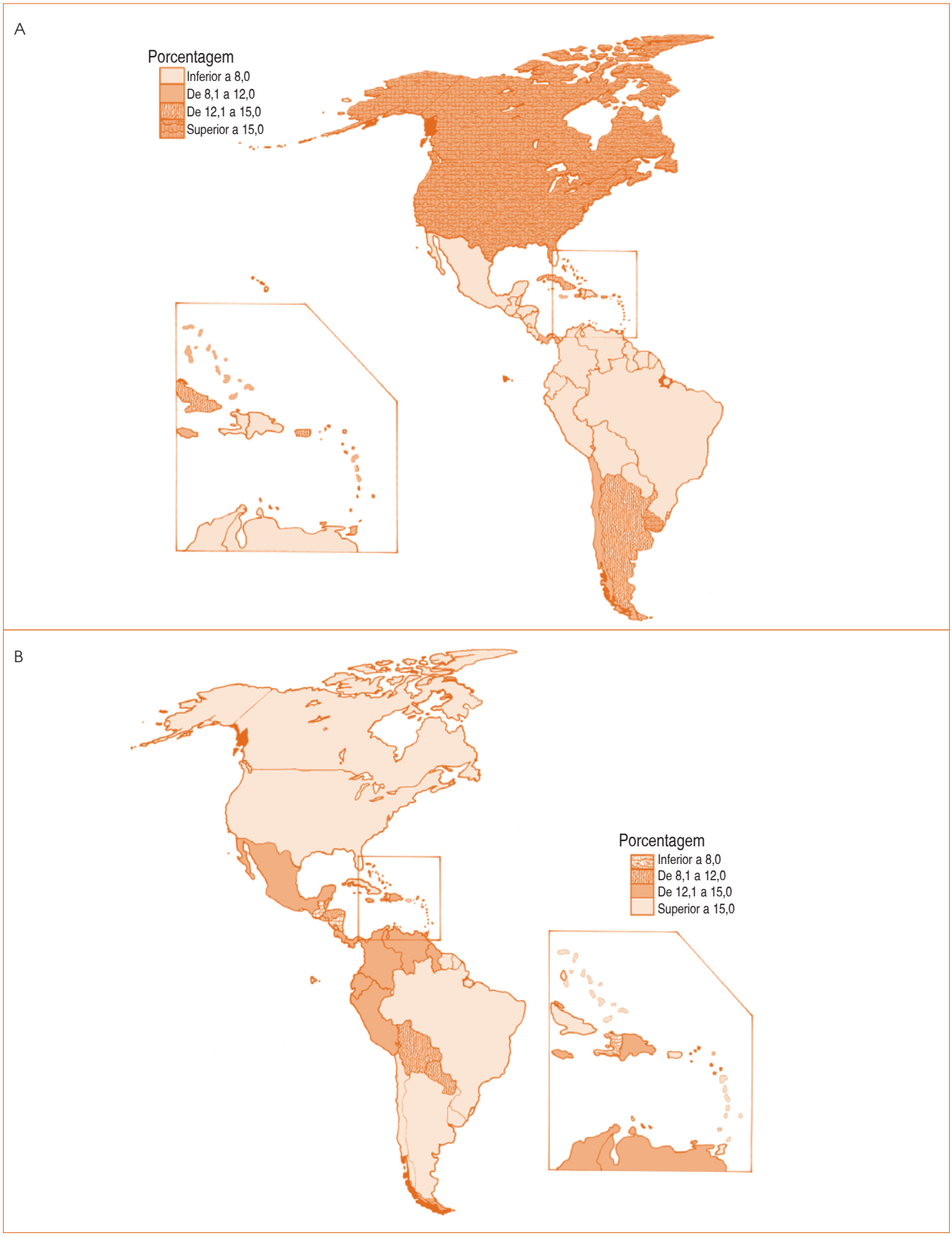


Fig. 4.2 **A.** Porcentagem de idosos (60 anos ou mais) nas Américas, em 1997. **B.** Porcentagem de idosos (60 anos ou mais) nas Américas, em 2025.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

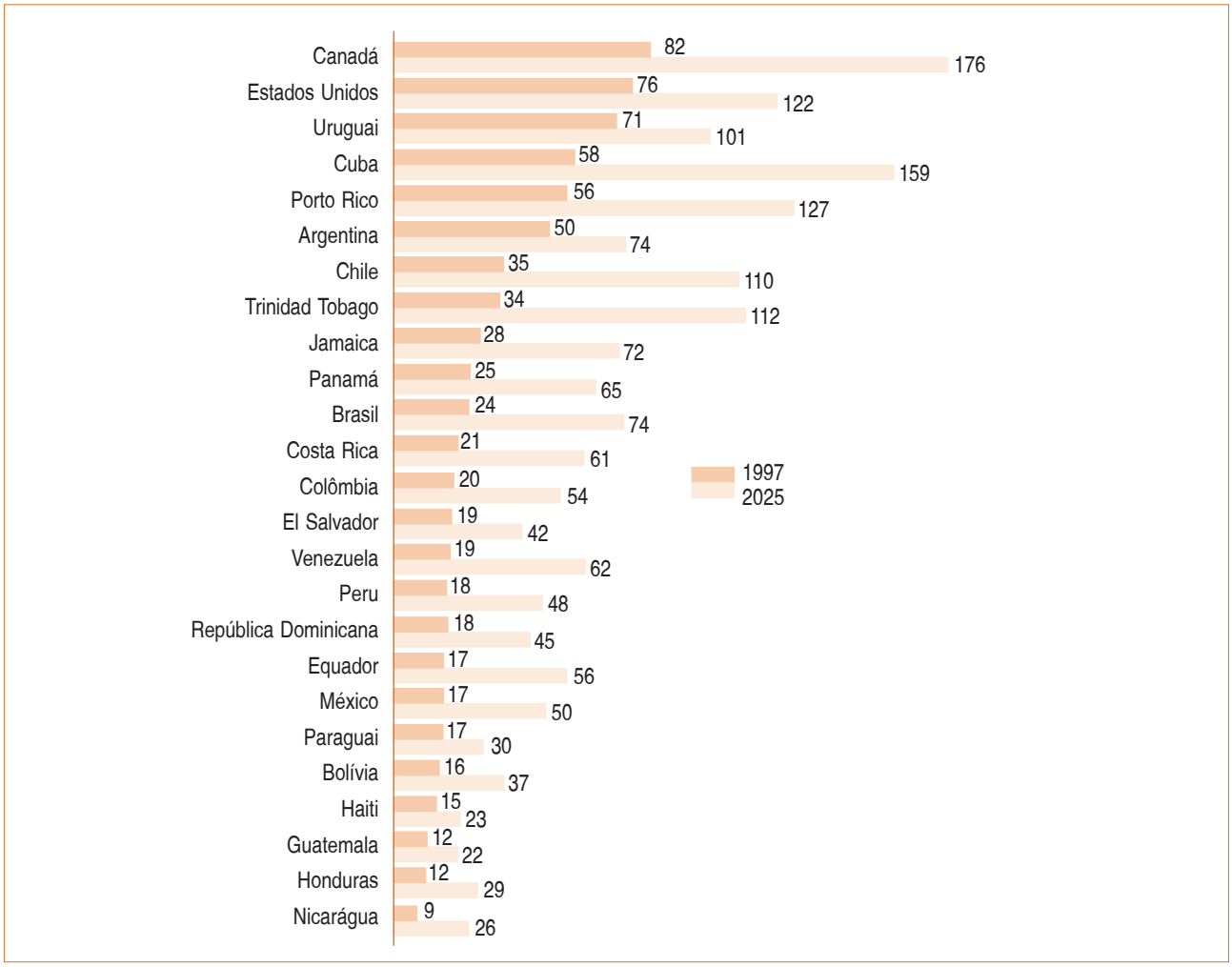


Fig. 4.3 Índice de envelhecimento nos principais países das Américas em 1997 e 2025. *Fonte: National Institute on Aging. Estados Unidos. 1998.*

taxas de mortalidade mostravam-se muito elevadas, atingindo principalmente as crianças. Nessa época, as doenças infecciosas eram responsáveis por parcela considerável dos óbitos, mesmo em países desenvolvidos, destacando-se entre elas as diarréias, pneumonias e a tuberculose.

Nos países desenvolvidos, a queda das taxas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias após a Revolução Industrial levou ao aumento da expectativa de vida, antes mesmo dos grandes avanços da medicina. Esse incremento deveu-se fundamentalmente às melhorias das condições médico-sanitárias, impulsionadas pela urbanização e pelo desenvolvimento das cidades. Em um segundo momento, os avanços médicos com a incorporação de novas tecnologias (antibióticos, vacinas etc.) também contribuíram para o controle da mortalidade.

Já nos países em desenvolvimento, o controle da mortalidade iniciou-se posteriormente, principalmente em função dessas tecnologias médicas, que tornaram possível prevenir e tratar doenças infecciosas mesmo em populações vivendo sem as condições básicas para a sobrevivência. Apesar disso, 60% dos óbitos em menores de cinco anos que ocorrem atualmente em todo o mundo são devidos a diarréia, infecção respiratória aguda e doenças que poderiam ser prevenidas com vacinação — o sarampo, principalmente, fato este indicativo de subdesenvolvimento de um país.

O maior controle das doenças infecciosas também contribuiu no Brasil para a diminuição do coeficiente de mortalidade infantil (número de óbitos no primeiro ano de vida para cada 1.000 nascidos vivos), que passou de 113,8 em 1970 para 34,8 em 1999. A projeção para o ano de 2020 é que este coeficiente atinja 27,1.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

À medida que a mortalidade infantil diminui e a população envelhece, passam a predominar como causa de óbito as doenças crônico-degenerativas, o câncer e causas externas.

A distribuição dos óbitos não é homogênea em todas as regiões do mundo. Temos o predomínio de causas não infecciosas nos países ricos, onde, dos 11 milhões de óbitos em adultos ocorridos em 1993, 5,5 milhões estiveram relacionados com doenças do sistema circulatório, enquanto o câncer foi responsável por 2,5 milhões. Já nos países pobres, cerca de 40% dos óbitos decorreram de doenças infecciosas (World Health Organization, 1995) (Fig. 4.4).

É importante salientar que a longevidade e a maior expectativa de vida além dos 60 anos são dependentes, dentre outros, do estilo de vida das pessoas. A obesidade, o estresse, o sedentarismo e o tabagismo são alguns dos fatores implicados indiretamente em mais da metade dos óbitos em idosos. O meio ambiente é responsável por 20%, a herança genética por 17% e a falta de assistência médica somente por 10%.

Alguns dados brasileiros revelam que nos últimos 20 anos o número de mulheres obesas cresceu em 40%; nas grandes cidades, sete em cada dez pessoas são sedentárias; 31 milhões de brasileiros fumam; aumenta o número de portadores de *diabetes mellitus* tipo 2 e também a sua prevalência entre os jovens. As doenças cardiovasculares passam a ser as principais causas de óbito e as mulheres ficam mais sujeitas aos mesmos fatores de risco para doenças cardiovasculares à medida que se emancipam e passam a ter um ritmo e um estilo de vida semelhante aos dos homens. Apesar disso, os ganhos na área da saúde, proporcionados pela modernidade, são muito maiores que os danos causados por ela.

Expectativa de Vida

Como resultado das transformações já comentadas e da queda na mortalidade tem-se verificado a elevação da expectativa de vida ao nascer, sendo este um importante indicador de saúde.

A expectativa de vida vem aumentando em todo o mundo, inclusive nos países menos desenvolvidos, diferenciando-se aqui a forma como essa elevação aconteceu comparativamente aos países desenvolvidos.

No início da era cristã, a expectativa de vida ao nascer era de 30 anos em média. Somente após o Renascimento, que promoveu uma série de avanços sociais, políticos, culturais e científicos, a expectativa de vida ao nascer no Primeiro Mundo começou a se elevar, em torno de 35 anos por volta de 1750 e 40 anos em 1800. Mas, o principal determinante do aumento da expectativa de vida foi a melhoria das condições de vida, trabalho e educação, aliada à urbanização com saneamento básico e a condições de higiene — surgidas com a Revolução Industrial — e a quedas importantes na mortalidade, principalmente a infantil. Portanto, a queda na mortalidade e o aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos ocorreram antes das grandes conquistas tecnológicas da medicina.

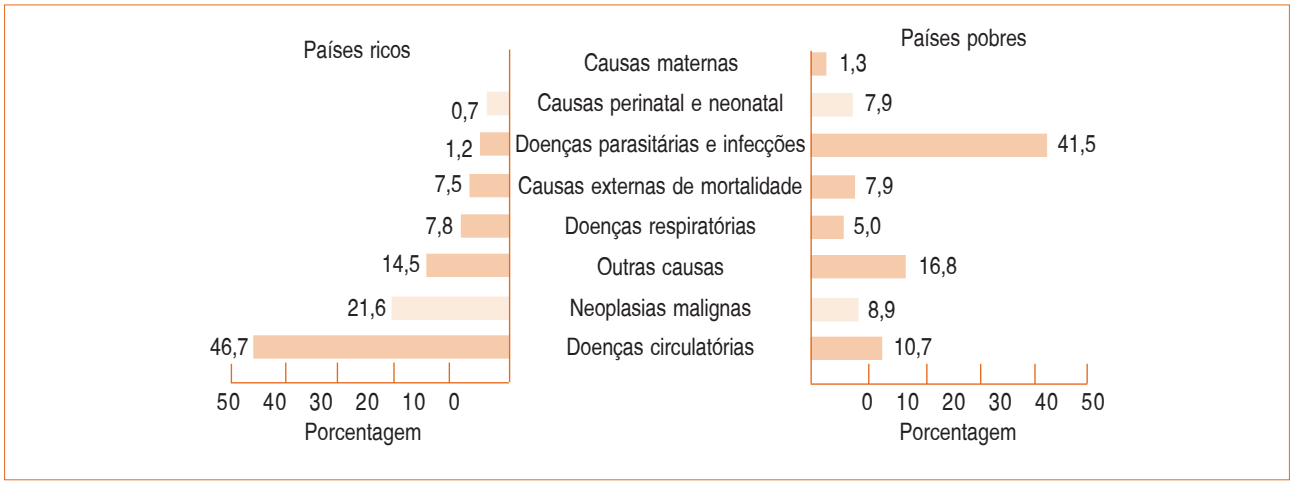


Fig. 4.4 Causas de morte em países ricos e pobres — 1993. *Fonte: OMS, 1993. In: Waldman, EA (2000).*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em 1900, na Europa e nos Estados Unidos, a expectativa de vida ao nascer encontrava-se abaixo de 50 anos. A partir da década de 1950, com o desenvolvimento da medicina e novos avanços, mantém-se um aumento constante da expectativa de vida em todas as regiões do globo, destacando-se principalmente os países em desenvolvimento. Diferentemente dos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida ao nascer nos países em desenvolvimento não decorreu, de maneira importante, de um processo social e econômico, mas da tecnologia importada. Nestes, a esperança de vida ao nascer aumentou da média de 40 anos para cerca de 62 entre 1940 e 1990. As projeções atuais indicam que no ano 2020 a média da expectativa de vida será de 70 anos nessas regiões.

No Brasil, em 50 anos (1900 a 1950) a expectativa de vida ao nascer cresceu de 33,7 anos para 43,2 anos, um ganho de menos de dez anos nesse período. Em 1960, a expectativa de vida ao nascimento era de 55,9 anos, com um aumento de 12 anos em apenas uma década. De 1960 para 1980 aumentou para 63,5 anos, isto é, 7,5 anos em duas décadas. Nas últimas décadas, tem-se verificado ganhos mais modestos, porém constantes. Dados do IBGE mostram uma expectativa de vida ao nascer em 1999 de 68,4 anos. De 1999 a 2025 deverá haver um aumento de 3,7 anos (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 Expectativa de Vida ao Nascer (e_0) Brasil,1900 a 2025 — Ambos os Sexos

Anos	e_0
1900	33,7
1910	34,1
1920	34,5
1930	36,5
1940	38,5
1950	43,2
1960	55,9
1970	57,1
1980	63,5
1990	65,5
1999	68,4
2025*	72,1

Fonte: 1900 a 1950 – Santos (1978).
1960 a 2020 - Nações Unidas (1985).
1999 – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Depto. de População (1994).
**Projeção*

Comparando-se a evolução das expectativas de vida no período de 1950 a 2025, para os diferentes continentes e para o Brasil em particular, verificamos que todos apresentam curvas com tendência ascendente, sendo a do Brasil com ascensão particularmente acentuada, comparável somente aos países asiáticos, como a China. As projeções mostram uma nítida redução nos diferenciais da expectativa de vida ao nascer, entre os países, para os próximos anos. Por exemplo, em 1950, mais de 25 anos separavam um brasileiro de um norte-americano em termos de expectativa de vida ao nascimento. Essa diferença passou a ser menor que dez anos, e, em 2025, será de aproximadamente quatro anos (Fig. 4.5).

A expectativa de vida varia conforme o desenvolvimento econômico do país. Dados de 1993 mostraram que na Índia esse indicador situava-se abaixo dos 60 anos, enquanto o Japão era o país com a mais elevada expectativa de vida ao nascer, cerca de 76,5 e 83,1 anos para homens e mulheres, respectivamente. As mulheres norte-americanas, em 1995, viviam em média 79 anos, 21 anos a mais que as russas no mesmo período, que viviam os reflexos da desestruturação política e econômica que acometeu o leste europeu. Como vemos, mesmo entre países desenvolvidos existem marcantes diferenças em relação a esse indicador, deixando claro que não só o fator econômico, mas também questões sociais, políticas e culturais influenciam a expectativa de vida das populações.

A expectativa de vida ao nascer continua a crescer nas populações com baixas taxas de mortalidade geral. Ao se aproximar dos 80 anos, incrementos na expectativa de vida tornam-se cada vez mais difíceis de serem conseguidos. A partir de então, novos ganhos nas dimensões anteriormente verificadas dificilmente se repetirão. Cada ano a mais ganho, exige profundas mudanças nas taxas de mortalidade, de modo que no século XXI não mais vivenciaremos aumentos tão expressivos como os ocorridos no século anterior.

Quando a esperança de vida ao nascer é de 50 anos, aumentá-la em mais um ano significa reduzir a mortalidade total em todas as idades em 4,1%. Por outro lado, é necessária uma queda mais que duas vezes maior (9,1%) para que ocorra o mesmo ganho, partindo-se de uma expectativa de 80 anos. Se pensarmos numa expectativa de vida ultrapassando os 100 anos, seria necessário, então, eliminar todos os riscos de mortalidade antes dos 85 anos de vida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

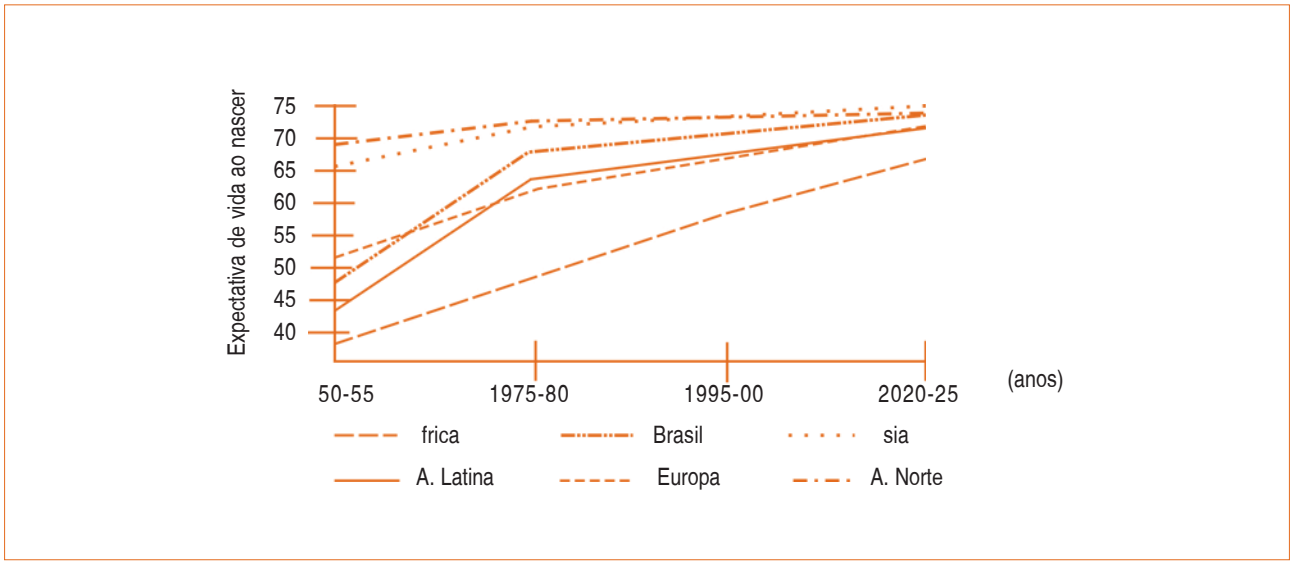


Fig. 4.5 Expectativa de vida ao nascer — seleção de regiões — 1950-2025.

Assim, "ganhos futuros na esperança de vida ao nascer ocorrerão não apenas numa velocidade menor, mas serão dependentes de esforços contínuos para desenvolvimentos das ciências biomédicas, que levem a tratamentos e cura das doenças e alterações do próprio envelhecimento. Alcançar expectativas de vida de 100 anos e mais, através exclusivamente de mudanças no estilo de vida, parece tão irrealista hoje, quanto foi há dez anos"[15].

Nos dias atuais, as mulheres japonesas permanecem, ainda, como o subgrupo da população mundial com a mais alta expectativa de vida ao nascer e, segundo projeções, esse subgrupo deverá atingir uma expectativa de vida de 85 e 100 anos, respectivamente, em 2010 e 2118[15].

A esperança de vida ao nascer é um indicador muito geral para ser aplicado à população idosa. Inclui uma série de outros indicadores, como taxas de mortalidade neonatal, mortalidade infantil, acidentes, guerras, entre outros aspectos que afetam mais a população jovem. Dessa forma, a avaliação mais precisa dessa faixa etária é a expectativa de vida aos 60 anos, que corresponde à média de anos que determinada coorte espera ainda viver ao chegar aos 60 anos de idade.

Para os países desenvolvidos, a expectativa de vida aos 60 anos em 1900 era de 14 anos para os homens e 15 anos para as mulheres, em média. Em 1975 esses valores passaram para 16,2 anos (homens) e 20,3 anos (mulheres) (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 Expectativa de Vida aos 60 Anos (e_{60}), Média, por Sexo, Países Desenvolvidos, 1900 a 1975-78 e Anos Ganhos de Expectativa de Vida aos 60 Anos entre 1900 e 1978, por Sexo

	e_{60}		Anos Ganhos 1900 a 1978	
Sexo	1900	1975-78	Nº Absoluto	%
Homens	14	16,2	2,2	15,7
Mulheres	15	20,3	5,3	35,3

Fonte: López AG, Hanada K. World Health Statistics Quarterly. 35:203-224, 1982.

Como se pode observar, os ganhos ocorridos na expectativa de vida aos 60 anos nos países desenvolvidos foram pequenos, principalmente se comparados com os ganhos na expectativa de vida ao nascer para o mesmo período. No entanto, representam uma importante extensão da esperança de vida para os idosos desses países. Para os homens, 2,2 anos de aumento representam 15,7% de incremento na probabilidade de sobreviver. Para as mulheres o aumento foi maior ainda (35,3%).

Em 1984, projeções para 1990 da esperança de vida aos 60 e 75 anos apontaram uma grande variação entre diversos países (Tabela 4.4). Dados posteriores, do PNAD (1999), revelam que a expectativa de vida no Brasil aos 60 anos era de 17,7 anos de vida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

De modo geral, a África apresenta os mais baixos e a América do Norte os melhores valores desses indicadores.

Nota-se, além dessa variação entre países na expectativa de vida aos 60 anos, a diferença significativa em relação ao sexo. Há sempre uma maior expectativa de vida para as mulheres em qualquer faixa etária, em qualquer época, em qualquer região ou país, independentemente de situação social e econômica.

Alguns fatores podem tentar explicar o aumento da expectativa de vida entre a coorte atual de mulheres idosas, como a menor exposição aos fatores de risco ambientais — acidentes de trabalho, acidentes no trânsito, violência (uma vez que as mulheres permaneciam no ambiente doméstico) —, menor consumo de álcool e fumo em relação aos homens e, também, a maior procura da mulher pelos serviços de saúde e, dessa forma, maior precocidade no diagnóstico e tratamento de diversas doenças. Além, é claro, do fator de proteção biológica conferido pelo hormônio feminino em relação a eventos cardiovasculares. Essa maior expectativa de vida para as mulheres, com as diferenças nas taxas de mortalidade de homens e mulheres, faz com que a Razão de Sexos (número de mulheres para cada 100 homens) venha crescendo (Tabela 4.5). A inclusão da mulher no mercado de trabalho, ficando sujeita aos mesmos riscos ambientais que os homens, e os novos hábitos adotados, como o tabagismo, poderão, futuramente, diminuir a Razão de Sexos.

Há uma diferença notável na composição da população segundo o sexo. Como nascem mais homens que mulheres, no grupo de jovens e adultos há mais homens. Porém, como a mortalidade masculina é mais alta que a feminina, praticamente em qualquer idade, a percentagem de mulheres aumenta com a idade, e a larga vantagem de homens desaparece. Nas Américas, no grupo de 60 a 64 anos existem 89 homens para cada 100 mulheres. Esta relação diminui de maneira uniforme, com o avançar da idade, chegando a 53 para 100 mulheres no grupo de pessoas com mais de 80 anos (Fig. 4.6).

Fecundidade

A queda na taxa de fecundidade também foi decisiva para a alteração na estrutura etária da população, apresentando declínio acentuado em praticamente todos os países, exceto no continente africano.

Os países europeus mostraram uma queda gradual em 100 anos na taxa de natalidade até os níveis atuais. Nos países em desenvolvimento, essa queda ocorreu a partir de 1960/1970.

Conforme referido anteriormente, a industrialização e a urbanização fazem com que a mulher participe do mercado de trabalho e passe a dedicar menor tempo à família; imprimem a idéia da família menor. Também o aumento da escolaridade faz com que o casamento deixe de ser prioridade para a mulher; a nova prioridade é a carreira profissional. Para isso, ela não pode ter muitos filhos, nem muitos afazeres domésticos.

Essa queda da natalidade inicialmente se restringiu aos grandes centros urbanos, sendo conseqüência do aumento dos níveis educacionais das mulheres e, portanto, privilégio de quem tinha maior poder econômico. Somente a partir dos da década de 1960, com o advento dos métodos contraceptivos e o acesso a programas de saúde e planejamento familiar, o processo de queda da fecundidade acontece nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a queda da fecundidade fez com que o número médio de filhos que se espera que uma mulher tenha durante a vida reprodutiva passasse de 6,1 em 1970 para 2,7 em 1990 e 2,3 em 1999. Taxa esta muito próxima da taxa de reposição (dois filhos por mulher em idade fértil) (Tabela 4.6).

A taxa de fecundidade caiu na China de 4,9 em 1970 para 1,8 em época recente, provavelmente devido a uma política de controle de natalidade por parte do governo.

Migração

O fator migratório também interfere na pirâmide etária, acelerando ou retardando o envelhecimento populacional. Um maior movimento imigratório tende a trazer um número maior de jovens, justamente a parcela da população que deixa seu país de origem em busca de melhores oportunidades e que contribui para fazer baixar o percentual de idosos no grupo onde chegam.

A entrada de imigrantes europeus entre 1871 e 1900 pode ter contribuído posteriormente para o aumento das taxas de crescimento da população de 65 anos e mais até 1980, uma vez que se refere a sobreviventes de coortes nascidas entre 1875 e 1915. A participação da migração internacional no crescimento da população total do Brasil foi de 11% entre

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 4.4 **Projeções Globais de Expectativa de Vida aos 60 a 75 Anos, para Regiões Selecionadas, 1990**

Regiões ou Países	60 Anos		75 Anos	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Mundo	17,83	22,63	12,72	16,02
Regiões mais desenvolvidas	19,19	26,69	13,80	18,73
Regiões menos desenvolvidas	17,09	19,97	12,06	13, 79
Europa	19,14	26,34	13,81	18,26
América do Norte	21,67	30,40	16,89	22,55
América Latina	19,19	22,65	13, 79	15,43
sia	17,35	20,72	12,15	14,34
frica	15,56	17,46	10,81	11,92
Oceania	19,60	27,14	14,41	19,69
Papua-Nova Guiné	11,09	11,53	8,82	11,25
Serra Leoa	13,32	14,95	9,14	9,89
Guine Equatorial	13,50	19,00	8,25	10,33
Etiópia	13,86	15,07	10,04	10,57
Timor Ocidental	13,25	14,50	10,33	10,33
Somália	14,23	15,41	9,95	10,62
Moçambique	14,59	15,92	9,84	10,72
Angola	14,19	15,55	9,86	10,42
Afeganistão	14,24	15,00	8,94	9,43
Ruanda	14,84	16,47	9,95	11,26
Bangladesh	15,68	15,89	13,11	12,15
Nigéria	15,31	16,74	10,33	11,14
Bolívia	14,72	16,61	10,48	11,72
Ÿndia	16,91	18,54	11,37	12,21
URSS	15,83	23,65	10,27	16,30
Paquistão	17,01	17,41	13,67	12,67
Indonésia	17,47	19,01	13,03	13,78
China	17,31	21,56	12,13	14,87
Brasil	19,65	22,58	13,98	15,59
Portugal	19,36	25,21	13,64	16,60
México	20,37	23,74	14,96	15,97
Grécia	21,47	25,48	14,94	16,62
Itália	19,92	27,12	14,25	18,36
ustria	19,13	27,61	13,61	20,03
Nova Zelândia	19,64	27,68	14,50	19,89
Espanha	20,32	26,56	13,96	17,98
Japão	21,21	28,72	13,76	18,83
França	20,42	29,41	14,42	19,97
Inglaterra	19,31	27,95	14,55	20,47
Holanda	20,43	30,28	15,05	21,53
Austrália	20,83	29,32	14,92	20,40
Estados Unidos	21,66	30,35	17,00	22,60
Canadá	21,72	30,94	16,02	22,12
Noruega	21,80	31,64	16,66	23,19
Suíça	22,36	30,77	16,71	22,00
Suécia	22,36	31,49	16,74	22,98

Fonte: World Demographic Estimates and Projections, 1950-2025, ST/ESA/SER.R/79 and World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984 E/86/XIII.3. In: Garret MD. Life Expectancy Indicators (or the elderly: a global analysis and critique, BOLD 1 (2): 9, 1991 (adaptado).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 4.5 Razão de Sexos* para Grupos Etários 60 e +, 70 e + e 80 e +. Brasil, 1950-1991

Censo	60 Anos e +	70 Anos e +	80 Anos e +
1950	104,7	129,5	172,7
1960	101,5	114,9	157,4
1970	105,4	116,9	144,9
1980	111,5	120,3	160,2
1993	117,7	126,5	—

Fonte: IBGE.
**Número de mulheres para 100 homens.*

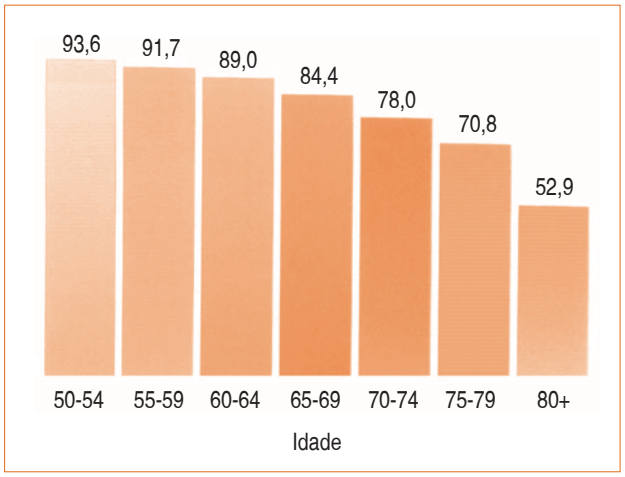


Fig. 4.6 Número de homens para cada 100 mulheres, e idosos, nas Américas, 1997.

1871 e 1890 e de 25% entre 1891 e 1900. Dessa forma, essas populações européias podem, anos mais tarde, ter contribuído para aumentar o crescimento da população de idosos no Brasil.

No Brasil, atualmente, os movimentos imigratórios de jovens estrangeiros são apenas discretos e, diferentemente do ocorrido em épocas anteriores, não alteram significativamente a estrutura etária.

A migração rural interna também participa desse contexto. O migrante que chega às cidades é o jovem, motivado por várias causas, como o desemprego rural, a diferença salarial entre campo e cidade, a concentração de serviços públicos nas cidades, a influência da mídia, que cria uma falsa idéia sobre a vida nas grandes cidades etc. Assim, a emigração rural, que ocorre às custas do deslocamento da população jovem — que, com freqüência, deixa seus

Tabela 4.6 Taxa de fecundidade Global — Brasil, 1950-1990

Ano	Fecundidade
1950	6,2
1970	6,1
1975	4,5
1980	4,0
1985*	3,2
1990**	2,7
1999**	2,3

Fonte: Committe on Population and Demography – 1983. In: Ramos LR et al. Rev. Saúde Públ. 21:211-24, 1987, adaptado.
**IBGE. Anuário Estatístico do Brasil – 1993.*
***IBGE – 1999.*

familiares idosos no local de origem — tem levado a uma acentuação desse envelhecimento em termos proporcionais. Por isso, é justamente nas regiões menos desenvolvidas do país que temos as maiores proporções de idosos, como ocorre no estado da Paraíba.

As décadas de 1960 e 1970 foram períodos de migração intensa, sendo a região nordeste o ponto de onde partiu o maior contingente de brasileiros à procura de emprego no "sudeste desenvolvido", principalmente em São Paulo. O censo de 1980 mostrou que mais de 50% dos que migraram pertencia à faixa etária de 15 a 40 anos e apenas 3% tinham 60 anos ou mais. Paradoxalmente, os estados que apresentavam as maiores proporções de idosos no Brasil eram os estados mais pobres (Paraíba e Rio Grande do Norte), com altas taxas de mortalidade infantil e de fecundidade e baixa expectativa de vida. A migração, portanto, foi a responsável pelo aumento da proporção de idosos nesses locais.

O movimento de migração, que antes se fazia da zona rural para a zona urbana, agora tem sido no sentido da cidade pequena para a grande cidade, de forma que vem ocorrendo o envelhecimento populacional de pequenas cidades do interior dos estados.

Envelhecimento Populacional Brasileiro

Nas últimas décadas tem ocorrido um importante processo de envelhecimento populacional no Brasil e suas conseqüências já se fazem presentes no nosso cotidiano. Porém, foram necessárias vários anos de transformações demográficas para que chegássemos à realidade atual.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No início do século passado, o Brasil experimentou uma certa estabilidade na sua estrutura etária devido principalmente à coexistência de altas taxas de fecundidade e mortalidade. Entre 1900 e 1940, o coeficiente de mortalidade pouco variou (29,1:1.000 para 24,4:1.000). No mesmo período, a esperança de vida ao nascer passou de 33,3 para 37,6 anos nos homens e de 34,1 para 39,4 anos nas mulheres, enquanto a taxa de natalidade também quase não mudou, passando de 46:1.000 para 43,5:1.000. Nesse período, o percentual de idosos na população passou de 3,3 para 4,1% e o crescimento vegetativo situava-se em aproximadamente 2% ao ano.

A partir de meados da década de 1940, experimentou-se uma importante queda na mortalidade, devida, principalmente, à implementação de práticas médicas, o que provocou um considerável aumento da expectativa média de vida ao nascer, que já atingia 43,3 anos em 1950.

Nesse período, a coexistência de menores taxas de mortalidade e altas taxas de fecundidade propiciou um expressivo crescimento vegetativo, assim como um substancial aumento na expectativa de vida ao nascer. Entretanto, não ocorreram alterações na estrutura etária brasileira, pois o surgimento de grande número de jovens e crianças na população manteve a base da pirâmide bem alargada, mesmo com a tendência ao aumento do número absoluto de idosos, decorrente da maior expectativa de vida. Alterações mais expressivas na na pirâmide etária do país ocorreriam somente a partir de 1970. (Fig. 4.7).

Somente a partir do final da década de 1960 começou a ocorrer uma importante redução das taxas de fecundidade, inicialmente nas regiões mais desenvolvidas do país e, em seguida, em todas as outras áreas. Quantificando tal processo, no Brasil, o número médio de filhos por mulher caiu de 6,1 em 1970 para 2,3 em 1999 (Tabela 4.6), tendência esta que persiste até hoje, embora em menor magnitude. Com isso, o índice de envelhecimento populacional (número de indivíduos com 60 anos ou mais/indivíduos menores de 15 anos x 100), que em 1960 era igual a 6,4%, alcançou 17% em 1996.

Essa queda expressiva da fecundidade, associada a menores taxas de mortalidade, tem promovido, nas últimas três décadas, significativas alterações na estrutura etária nacional. Aos poucos, a pirâmide etária vem sofrendo alterações na sua forma e gradativamente vai adquirindo a morfologia daquela encontrada na maioria dos países desenvolvidos. Já se tem verificado um progressivo estreitamento em sua base e esse processo ainda deve avançar por vários anos, ao passo que o alargamento do topo só deve ser evidenciado de forma mais clara após as próximas quatro a seis décadas, quando aquele grande contigente de indivíduos gerados no período de mais alto crescimento vegetativo (1960 a 1980) estará, enfim, com 60 ou mais anos e irá compor o ápice da pirâmide. Enquanto isso, a proporção de idosos deve crescer gradativamente.

No Brasil, em 1999, o número absoluto de idosos era aproximadamente 14,5 milhões, correspondendo a 9,1% do contigente populacional. Estima-se que em 2020 os idosos representem 12% da população, o que em números absolutos corresponderá, aproximadamente, a 25 milhões de idosos (Fig. 4.8). Estes, em 2025, deverão ser 32 milhões, sendo que, por volta de 2080, deverá ocorrer uma estabilização na proporção de idosos e jovens com, respectivamente, 15% e 20% do total da população (Fig. 4.9). Segundo Chaimowicz, a partir daí, novos aumentos da proporção de idosos dependerão não mais do declínio da fecundidade, mas sim da redução da mortalidade após os 60 anos, como já ocorre nos países desenvolvidos.

Todo esse processo de envelhecimento populacional vivenciado no Brasil nas últimas décadas não é exclusividade do país. De fato, o aumento na percentagem de idosos na população é hoje uma realidade mundial que, embora de maneira heterogênea, se processa tanto em países industrializados, como naqueles ditos "em desenvolvimento".

Inúmeras são as peculiaridades do envelhecimento populacional brasileiro, sendo que uma das mais marcantes é a alta velocidade com que esse processo progride. Enquanto países como França e Suécia necessitaram de 115 e 85 anos, respectivamente, para que seu percentual de idosos duplicasse de 7% para 14% da população, estima-se que no Brasil tal feito seja obtido em apenas 35 anos (1990 a 2025) (Fig. 4.10). Assim, com mudanças em tamanha rapidez, o Brasil passará da 11ª para sétima posição mundial em números absolutos de idosos entre 1996 e 2025.

A queda da fecundidade no Brasil relacionou-se diretamente com o rápido processo de urbanização e industrialização ocorrido no país, principalmente a partir da década de 1960, o que possibilitou maior acesso à educação e a métodos contraceptivos. Isso, em grande parte, decorreu da necessidade de engajar-se às forças produtivas a que as mulheres se viram submetidas. Diferentemente do que ocorreu na maio-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

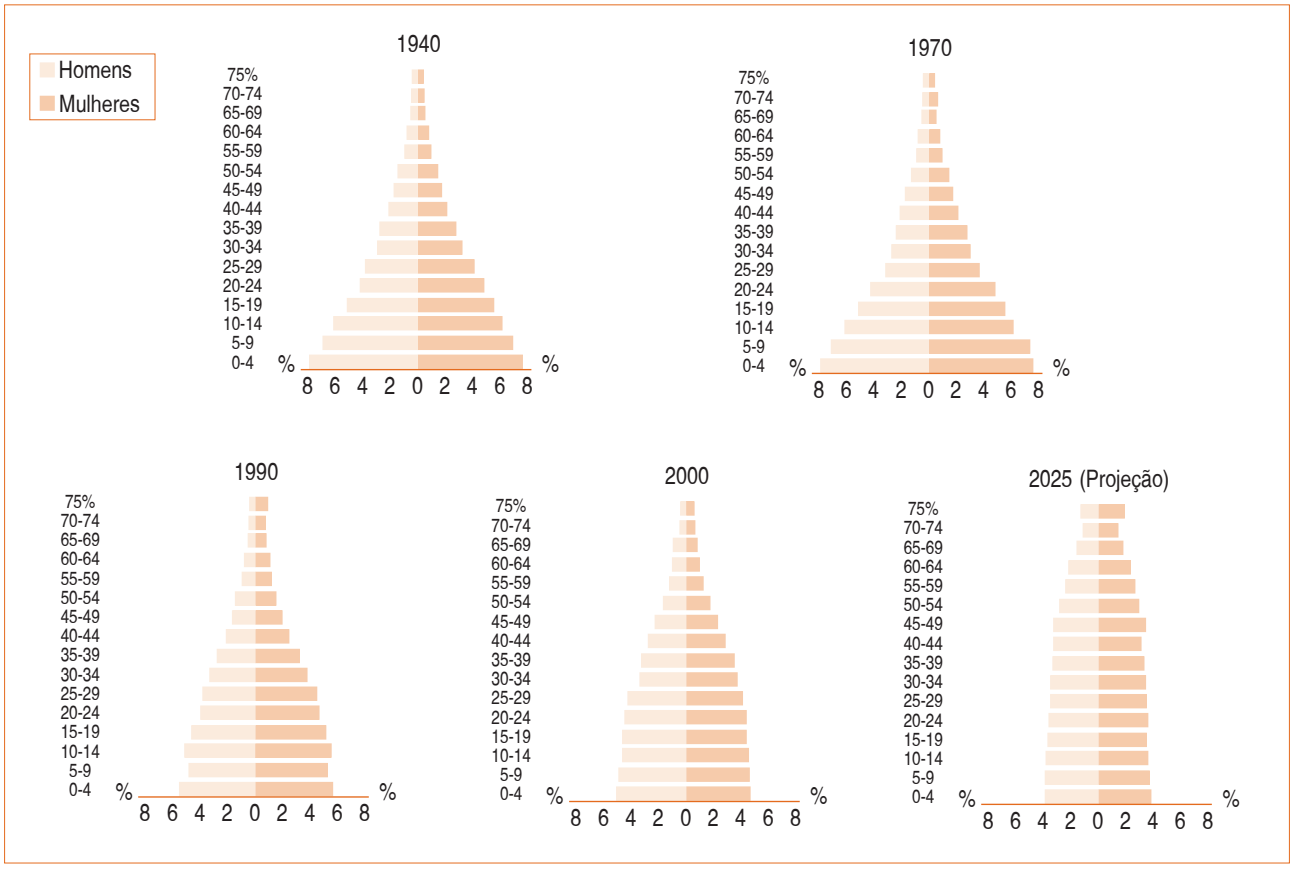


Fig. 4.7 Pirâmides etárias em 1940, 1970, 1990, 2000 e 2025. *Fonte: Fundação IBGE. Censos demográficos Neupert (1987).*

ria dos países desenvolvidos, no Brasil esse processo avançou rapidamente, não contando com um adequado suporte por parte do Estado com relação ao acesso a programas de saúde em larga escala que permitissem um adequado planejamento familiar. Daí o fato de a redução da fecundidade no país tenha se apoiado de forma significativa no uso abusivo de anticoncepcionais orais sem orientação médica e métodos contraceptivos irreversíveis (esterilização artificial), com sérias e custosas conseqüências para a saúde, tanto individual quanto pública.

Na região Nordeste, por exemplo, em 1991 37,6% das mulheres casadas em idade reprodutiva eram esterilizadas. No estado de Goiás, em 1986 48% das mulheres com dois ou mais filhos já tinham sido esterilizadas.

Outra característica do processo de transição demográfica no Brasil é a presença de marcantes diferenças regionais, o que não é de se estranhar em um país de dimensões continentais e profundas desigualdades sociais.

Na região Sudeste, em 1999 segundo dados do IBGE, os idosos correspondiam a 10% da população, um pouco mais que a média nacional, que era de 9,1%. Essa porcentagem era menor em outras regiões como Norte e Nordeste. Na cidade de Fortaleza, por exemplo, recente inquérito domiciliário apontou um percentual aproximado de 8% de idosos na população, o que deve corresponder à realidade de outras capitais nordestinas. Vale ressaltar a grande contribuição do processo de migração da população de adultos jovens, preferencialmente das cidades nordestinas para as capitais do sudeste, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, como um dos responsáveis diretos pela pequena diferença entre a proporção de idosos em algumas capitais de ambas as regiões. Outro movimento migratório interno que merece ser destacado resultou na emigração, principalmente na década de 1980, de grande número de pessoas do sul e do nordeste, principalmente para as regiões centro-oeste e norte do país. Atualmente, a região sudeste apresenta a maior densidade demográfica e a estrutura populacional mais envelhecida do Brasil, seguida da região sul.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

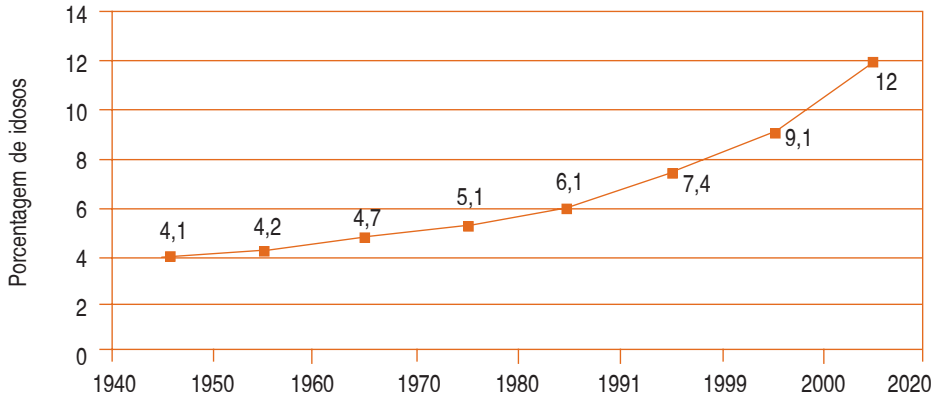


Fig. 4.8 Percentual de idosos na população brasileira segundo Censos. *Fonte: IBGE - Censos Brasileiros. PNAD - 1999.*

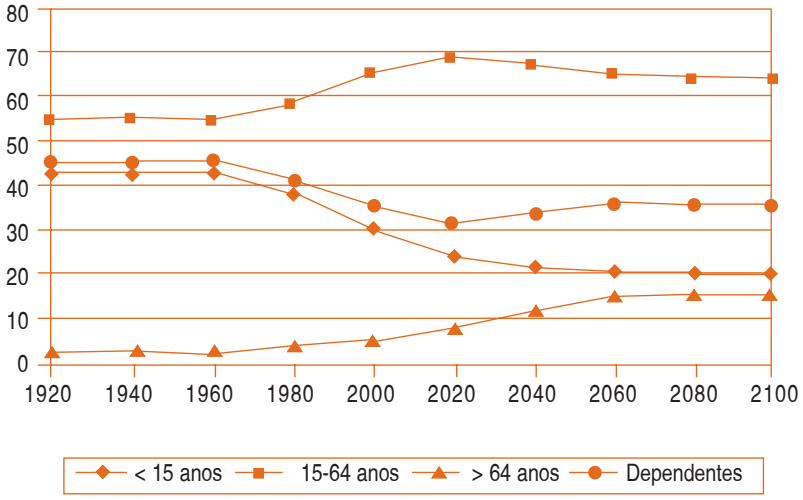


Fig. 4.9 Distribuição da população por grupos de idade. Brasil, 1920-2100. *Fonte: Carvalho JA & Wong L; 1995. In: Chaimowicz F (1998).*

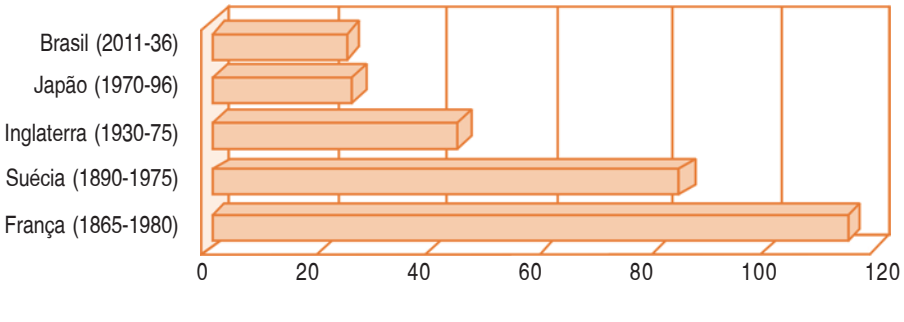


Fig. 4.10 Duplicação da proporção de idosos (7% a 14%) em alguns países. *Fonte: Carvalho JA & Wong L; 1995. In: Chaimowicz F (1998).*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Características Socioeconômicas da População Brasileira

Distribuição por Sexo

Em concordância com a realidade mundial, no Brasil há nítido predomínio do sexo feminino. Segundo dados do IBGE, já no início da década de 1990, entre os idosos, as mulheres representavam 55% do total. Essa proporção, atualmente, é ainda maior, haja vista que de 1995 a 1999 o contigente de 60 anos ou mais na população feminina cresceu mais (passou de 9 para 9,8%) que na população masculina (passou de 7,6 para 8,3%) segundo dados do PNAD 1999. Vale ressaltar que a diferença entre os sexos aumenta ainda mais com o avançar da idade, o que pode ser demonstrado por dados do IBGE de 1991, segundo os quais a Razão de Sexos (número de mulheres para cada 100 homens) nos grupos de indivíduos com 60 e 70 anos era, respectivamente, 117,7 e 126,5 anos (Tabela 4.5). Tais evidências revestem-se de fundamental importância devido às suas conseqüências nas políticas sociais e de saúde.

Estado Civil

Respeitando uma tendência mundial, verifica-se, no Brasil, uma grande discrepância entre os sexos no tocante ao estado civil. Ao analisarmos o estado marital da nossa população idosa, notamos que mais de três quartos dos homens vive em companhia de cônjuge, enquanto dois terços das mulheres são viúvas, solteiras ou separadas. Nesse ínterim, ressaltamos que para cada homem viúvo existem 3,6 viúvas. Dois fatores contribuem sobremaneira para tal desigualdade: a maior longevidade das mulheres e a tendência, com raízes culturais, à união de homens com mulheres mais jovens. Além disso, o percentual de mulheres solteiras que atinge a terceira idade é aproximadamente o dobro do dos homens. Esse fato é importante devido aos inquestionáveis benefícios da presença do cônjuge para a estabilidade emocional dos idosos.

Grau de Instrução

A proporção de analfabetos e semi-analfabetos dentre os idosos brasileiros ainda é muito grande (Fig. 4.11). Dados de 1996 mostram que 63% dos indivíduos com idade superior a 60 anos possuem menos de quatro anos de estudo. Se considerarmos exclusivamente o sexo feminino, veremos que os índices de analfabetismo são ainda mais assustadores. Provavelmente isso decorre da menor oferta de vagas e oportunidades de ensino para as mulheres no passado, o que atualmente já se encontra superado, uma vez que a maior parte das vagas da maioria dos cursos superiores já é ocupada pelas mulheres. Porém, para que a realidade atual se reflita nas estatísticas de idosos, ainda serão necessárias algumas décadas.

Renda

Geralmente os idosos têm como única fonte de renda as pensões e aposentadorias bastante defasadas, o que lhes confere baixo poder aquisitivo. Com isso, boa parte dos nossos idosos se mantém economicamente ativa, muito embora executando, na maioria das vezes, trabalhos mal remunerados, sem garantias empregatícias, inadequados para a idade.

Institucionalização

As institucionalizações tendem a aumentar com o avançar da idade e acabam por absorver uma parcela dos idosos em todo o mundo. Mesmo em países desenvolvidos, onde geralmente existem políticas so-

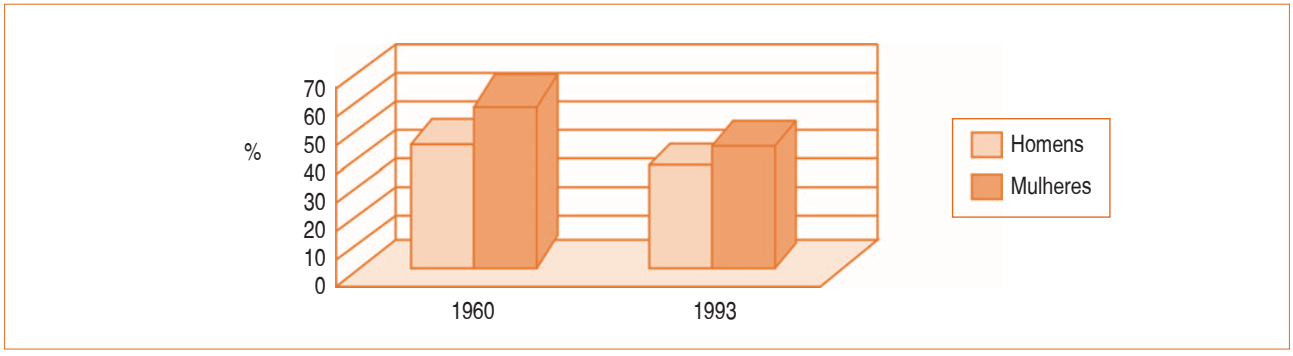


Fig. 4.11 Proporção de analfabetos dentre os idosos, por sexo. *Fonte: Chaimowicz F[2].*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ciais voltadas para o idoso e programas de assistência multiprofissional domiciliária gratuitamente ofertados à população, aproximadamente 5% dos idosos são institucionalizados, sendo esse percentual ainda maior se considerarmos grupos acima de 80 anos. A dependência física e/ou a psíquica constituem os dois grandes responsáveis pelas institucionalizações. Na Inglaterra, particularmente, graças a um invejável programa de assistência ao idoso no domicílio, tem-se garantido por mais tempo a permanência do idoso no seu convívio familiar, fazendo com que, naquele país, as taxas de institucionalização sejam um pouco menores que a média dos outros países do chamado "primeiro mundo".

Seguindo-se o mesmo raciocínio, esperar-se-ia que nos países menos desenvolvidos as institucionalizações fossem bem mais freqüentes, devido ao menor suporte estatal e comunitário para cuidados na terceira idade. Porém, no Brasil, a despeito da escassez de levantamentos específicos, os poucos estudos sobre institucionalizações em idosos apontam taxas bem menores, em torno de 0,7%, em grandes centros urbanos, sendo ainda mais baixas nas zonas rurais. Certamente, tal constatação se deve muito mais à menor oferta de vagas que a menores taxas de dependências e perda de autonomia dos nossos idosos, o que é reforçado por um levantamento realizado na região metropolitana de Belo Horizonte, onde 90% das vagas em instituições de longa permanência encontravam-se ocupadas.

Impacto do Envelhecimento

À medida que ocorreu o desenvolvimento das sociedades, houve um aumento no tempo de vida das pessoas e, conseqüentemente, o crescimento do número de idosos seguido do aumento da sua proporção na estrutura etária das populações de cada país. A longevidade é, portanto, uma conquista do desenvolvimento criado pelo homem. Mas essa extraordinária conquista vem sendo acompanhada de circunstâncias muito inadequadas, que acabam por transformar o viver em um pesado fardo, tornando as pessoas receosas de ingressar nesse tempo de vida[20].

Chega-se à velhice sem condições de se viver de uma forma adequada. A questão social dos idosos não mais diz respeito somente a eles, mas a toda a sociedade, uma vez que eles representam parte considerável da população.

As políticas sociais, que sempre foram voltadas aos jovens, deverão estender-se aos idosos, pois estes mesmos jovens de hoje serão idosos no futuro e, fatalmente, serão rejeitados no tempo da velhice caso tais políticas não mudem. Parece absurdo alguém trabalhar tanto por um futuro no qual não haverá lugar para si mesmo.

Há, atualmente, maior consciência da necessidade de se criar políticas para o idoso, embora seja preciso reformular toda uma concepção, com conotações políticas, econômicas e, antes de tudo, culturais.

Inicialmente devemos rever a idéia de velhice, eliminando posturas preconceituosas de que o velho não pode fazer nada, é improdutivo. Deve-se criar oportunidades para que os que envelhecem possam continuar ativos e, fundamentalmente, participantes, segundo suas condições físicas e psíquicas e seus desejos e expectativas.

A falta de adaptação do idoso, mais evidente no contexto da sociedade, é provocada pela perda do papel profissional, visto que a se dá grande importância à produtividade. Dessa forma, a aposentadoria traz o sentimento de desvalor, desprestígio e perda da identidade social. O idoso passa a ser marginalizado pela sociedade. Associado a isso, aquilo que deveria ser uma assistência ao direito adquirido por um tempo de trabalho é vergonhoso, insuficiente para uma sobrevida digna.

Pesquisas longitudinais têm demonstrado que a perda do trabalho não causa uma diminuição na qualidade de vida do indivíduo se as variáveis saúde e condição socioeconômica estão controladas. Dessa maneira, a aposentadoria não deve ser temida, desde que aconteça com o indivíduo em bom estado de saúde, com bom rendimento e socialmente ativo.

O que ocorre porém, é que essa perda e outras perdas de papéis que ocorrem com a velhice conduzem o idoso à inadaptabilidade social e ao isolamento e à solidão. Isso conduz à face negativa da velhice.

Reconhecendo a importância do envelhecimento populacional, o governo do Brasil, em colaboração com o Programa Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde, sediou um Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional em 1996, no qual foi regulamentada a Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso buscando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, a organização de uma rede de serviços, a reforma da previdência social e a assistência social aos idosos. Vale ressaltar que, infelizmente,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o conteúdo dessa regulamentação não foi implementado até o momento. O que se espera hoje é que a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, que criou o Estatuto do Idoso, diga-se de passagem fruto de grandes esforços de profissionais da saúde e, infelizmente, de poucos idosos, saia da letra fria do papel e seja efetivamente colocado em prática.

O objetivo fundamental na atenção à saúde do idoso é conseguir a manutenção de um bom estado de saúde, com a finalidade de atingir um máximo de vida ativa na comunidade e junto à família e com o maior grau possível de autonomia e independência física, psíquica e social.

Impacto Econômico do Envelhecimento

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial. No Brasil, em particular, nas duas próximas décadas, a proporção de idosos na população passará de 9 para 12%, o que, traduzido em números absolutos, significa que em 2020 teremos aproximadamente 25 milhões de idosos no país.

Conseqüências inevitáveis de todo esse processo, tanto a maior demanda aos serviços de saúde, quanto o aumento relativo da população economicamente inativa, constituem-se em dois importantes determinantes de um considerável aumento nos gastos públicos. Administrar o "ônus" do envelhecimento é atualmente um dos grandes desafios para os governantes, mesmo em países desenvolvidos. O maior número de pesquisas desenvolvidas visando a quantificar o impacto econômico do aumento do número de idosos reflete bem a preocupação mundial com essas transformações demográficas. Nesse contexto, foram publicados recentemente os resultados de um grande estudo norte-americano que objetivava quantificar os custos do envelhecimento populacional no setor de saúde dos Estados Unidos. Foram estudadas duas coortes, sendo uma com indivíduos nascidos em 1935 (portanto com 65 anos em 2000) e outra com indivíduos nascidos em 1950, estimando-se o número de idosos que deverão ter 65 anos em 2015. Calcularam-se os gastos totais médios com saúde desde os 65 anos até a morte dos indivíduos através de estimativas rigorosamente fundamentadas. Após a comparação das duas populações, verificou-se que o segundo grupo consumirá aproximadamente 530 bilhões de dólares, 73% a mais que o primeiro grupo. Esse aumento nos gastos dever-se-á, principalmente, ao aumento do número absoluto de idosos da segunda coorte. Em média, cada indivíduo nascido em 1950 que atinge 65 anos e daí até sua morte custará ao setor de saúde norte-americano cerca de 164 mil dólares. Esse valor cresce substancialmente com a longevidade, passando de 31 mil dólares para aqueles que morrerem com 65 anos a cerca de 200 mil dólares para aqueles que falecerem com 90 anos ou mais.

No Brasil, dados referentes a custos estatais com a saúde restringem-se a levantamentos do DATASUS. Segundo estes, entre novembro de 1999 e novembro de 2000, o Sistema Único de Saúde (SUS) pagou cerca de 2,3 milhões de internações hospitalares de indivíduos com 60 anos ou mais (cerca de 20% do total de internações pagas pelo SUS). Cada internação de idoso durou em média 7,5 dias com um custo médio por internação de aproximadamente 540 reais, resultando em um gasto total de 1,25 bilhão de reais no período (cerca de 25% do gasto do SUS em todas as faixas etárias no período). Ainda segundo o DATASUS, no sudeste, região que concentra cerca de 50% dos idosos brasileiros, as internações duraram em média mais tempo (9,2 dias) e consequentemente, foram mais dispendiosas (cerca de 630 reais por internação). Tais números, referentes apenas aos gastos no setor saúde, dão a dimensão do impacto econômico do envelhecimento.

Como podemos observar, gasta-se muito, mas, infelizmente, gasta-se de modo errado com a saúde dos idosos. São cifras astronômicas, empregadas de maneira muitas vezes equivocada, não priorizando atividades preventivas, que sabidamente são menos dispendiosas e mais eficazes na promoção de saúde na terceira idade.

Atualmente, à luz do mercantilismo mundial, poderíamos dizer que a promoção de um envelhecimento saudável, muito mais que um direito dos cidadãos, constitui-se numa necessidade econômica. Só assim, com a implementação e a disseminação de uma medicina preventiva, visando principalmente ao controle das doenças crônicas e potencialmente incapacitantes, conseguiremos garantir que os nossos idosos serão mais saudáveis e que o nosso sistema de saúde será menos oneroso.

Conclusão

Podemos observar que, no Brasil, ocorre um processo de envelhecimento populacional que avança rapidamente sem a influência marcante das necessárias modificações socioeconômicas que costumam

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

acompanhá-lo, a exemplo do que ocorreu nos países desenvolvidos.

Atualmente, nossa população idosa, com aproximadamente 15 milhões de indivíduos, já representa mais de 9% da população. Em sua maior parte é composta por mulheres de baixa renda, sem instrução e, o que é mais crítico, solitárias, sem o suporte familiar que, sabidamente, é imprescindível para a saúde da pessoa dessa faixa etária. Essa população cresce muito mais rapidamente que a qualidade e a disponibilidade dos nossos ultrapassados serviços médico-assistenciais, em que não se prioriza uma abordagem preventiva, sabidamente menos dispendiosa e mais eficiente. Como um dos reflexos de toda essa situação desfavorável, mais de 63% dos idosos auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim segundo o Censo Populacional brasileiro do ano 2000.

Dessa forma, tornam-se necessárias profundas e imediatas reformulações nas políticas sociais e de saúde para que possamos absorver, ao menos em parte, o impacto da galopante transição demográfica e, só assim, evitar que os anos de vida a mais conquistados sejam sinônimo de acúmulo de incapacidades e dependências, comprometendo, sobremaneira, a qualidade de vida da maioria de nossos idosos.

Bibliografia

1. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: Anais do I Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional. Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília; 1996. p. 16.
2. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI. Demografia, saúde e sociedade. 1 ed. Belo Horizonte: Editora Postgraduate; 1998.
3. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública; 1999; 33 (5): 445.
4. Davies AM. Epidemiology and the challenge of aging. Intern. J. Epidemiol 1985; 14 (1): 9.
5. Estatuto do Idoso. Lei 10.741. 1º de outubro de 2003. Brasília.
6. Envejecimento en las Américas proyecciones para el siglo XXI. National Institute on Aging. Estados Unidos; 1998.
7. Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. N Engl J Med; 1980; 303: 130.
8. Garret MD. Life expectancy indicators for the elderly: a global analysis and critique. BOLD; 1991; 1(2): 6.
9. Grundy E. The epidemiology of aging. In: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM (eds.). Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 4 ed. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1992. p. 3.
10. Hernandez R. Demograpry of aging. BOLD 1992; 2(4): 8.
11. IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Brasil e regiões. 1999. http://www.ibge.gov.br/pnad/ano-1999
12. International Institute of Aging (United Nations – Malta). The longevity Revolution. An INIA workshop on the future of aging. Valletta, Malta julho de 1993.
13. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista de Saúde Pública; 1987; 21(3): 200.
14. López AG, Hanada K. Mortality patterns and trends among the elderly in developed countries. World Health Statistics Quarterly; 1982; 35:203.
15. Olshansky SJ et al. Prospects for Human longevity. Science; 2001; 291: 1491.
16. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund. Quartely; 1971; 49(4): 509.
17. Paschoal SMP. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 1996. p.26.
18. Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: Uma questão de Saúde Pública. Gerontologia; 1993; 1(1): 3.
19. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: Uma realidade brasileira. Revista de Saúde Pública 1987; 21(3): 211.
20. Salgado MA. Velhice, uma nova questão social. São Paulo: Biblioteca Científica Sesc; 1980.
21. San Martin H, Pastor VP. Epidemiología de la vejez. 1 ed. Madri: Mc Graw-Hill-Interamericana de España; 1990.
22. Schoueri Júnior R, Ramos LR, Papaléo Netto M. Crescimento Populacional: Aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 9.
23. SEADE, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Coleção Realidade Paulista. O idoso na Grande São Paulo. São Paulo; 1990.
24. Spilman BC, Lubtz J. The effect of longevity on spending for acute long-term care. N Engl J Med; 2000; 342: 1409.
25. Veras RP. A vida mais longa no mundo: determinantes demográficos. In: Veras RP. País jovem com cabelos broncos. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará – UERJ; 1994. p. 23.
26. Waldman EA. A transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo. O mundo da Saúde. São Paulo; 2000; 24 (1): 10.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

5 Paradigmas e Teorias em Psicologia do Envelhecimento

Anita Liberalesso Neri

Introdução

As teorias psicológicas do desenvolvimento e do envelhecimento humano dizem respeito à natureza das mudanças evolutivas que ocorrem em determinados períodos da vida e durante a vida em toda a sua extensão. São referenciadas a quatro paradigmas: o organicista, o mecanicista, o contextualista e o dialético.

O paradigma organicista teve origem na teoria evolucionista de Darwin (1801-1882), ponto de partida da psicologia da criança que se desenvolveu no alvorecer do século XX. Na mesma época, dentro da psicologia experimental, desenvolveram-se as teorias clássicas sobre a aprendizagem, influenciadas pelo paradigma mecanicista, as quais tiveram efeito colateral sobre a psicologia do envelhecimento. O paradigma contextualista teve origem no funcionalismo de William James em psicologia[41] e no interacionismo simbólico de George Herbert Mead, em sociologia[58]. Embora enraizado em formulações filosóficas européias dos séculos XVIII e XIX, o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida é o de surgimento mais recente, resultado de um esforço de integração dos princípios dos paradigmas precedentes com princípios interacionistas e dialéticos. Ele é hoje o mais influente na psicologia do envelhecimento.

Este texto apresenta os paradigmas que servem como suporte às teorias sobre o envelhecimento em psicologia e introduz as mais influentes dentre elas. Dentro do paradigma organicista foram selecionadas as teorias de Jung[42], C. Bühler[16], Kühlen[43], Levinson[50] e Erikson[26], esta já como ponto de transição do paradigma organicista para o de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan*). Para ilustrar o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida selecionamos as teorias de seletividade sócio-emocional[18,19], de dependência aprendida[2], de geratividade[26,55] e de sabedoria[8,11].

O Paradigma Organicista

Segundo o paradigma organicista, ou de mudança ordenada, o desenvolvimento procede naturalmente por uma sucessão de estágios, regulados por princípios intrínsecos de mudança cuja manifestação está sujeita à ação de determinantes sociais, históricos e culturais. Esse paradigma pode ser resumido em seis noções norteadoras: 1. seqüencialidade das transformações que ocorrem no indivíduo ao longo do tempo; 2. unidirecionalidade; 3. orientação à meta; 4. irreversibilidade; 5. natureza estrutural-qualitativa das transformações e 6. universalidade dos processos de mudança. Corresponde também à metáfora de crescimento, culminância e contração adotada para entender o desenvolvimento biológico, assumido pela psicologia da criança, quando de sua constituição no começo do século XX[49].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As teorias de estágio desenvolvidas na primeira metade do século XX, sob esse paradigma, influenciam até hoje as concepções científicas e leigas sobre o desenvolvimento humano. Elas têm um ancestral comum: a teoria de Darwin (1801-1882) e seus princípios de continuidade da mudança histórica, multidirecionalidade, seletividade, criatividade e progressividade da evolução das espécies. Essa teoria influenciou G. Stanley Hall (1844-1924), um dos fundadores da Psicologia do Desenvolvimento e autor de duas obras de fôlego, que foram precursoras da psicologia do adolescente[34] e da psicologia da velhice[35]. Os princípios evolucionistas são subjacentes à teoria de Piaget[64] sobre o desenvolvimento do pensamento na infância e na adolescência, e se fazem presentes na teoria de Freud[29] sobre o desenvolvimento psicossexual na infância e na adolescência. Aparecem em C. Bühler[16] e em Kühlen[43], que interpretaram dados de entrevista clínica com adultos e teorizaram sobre todo o curso de vida, e em Levinson[50], que teorizou sobre a vida adulta com base em Bühler e Kühlen. Estão presentes na teoria de Erikson[26] sobre o desenvolvimento no ciclo vital.

Em *Senescence, the Last Half of Life*, G. Stanley Hall dividiu a vida em cinco estágios: 1. infância; 2. adolescência, da puberdade à idade núbil; 3. meia-idade (dos 25-30 anos aos 40-45), que abriga o ápice do desenvolvimento e, depois, o início do declínio; 4. senescência, que começa aos 40, e mais cedo na mulher; e 5. senectude, que é a fase que se sucede ao climatério, ou velhice propriamente dita[35]. Criticou a noção da adolescência como o reverso da velhice e propôs que, além das peculiaridades existentes no sentir, no pensar e no querer dos jovens e dos idosos, existiriam variações individuais independentes das diferenças etárias. Postulou que, na velhice, ocorre um aumento na variabilidade interindividual, o que é confirmado por pesquisas atuais.

Entretanto, suas idéias sobre a velhice tiveram pouco impacto, possivelmente porque contrariavam a noção reafirmada pelo darwinismo de que o desenvolvimento individual é presidido por uma trajetória de crescimento, culminância e contração; noção que dominou a psicologia do desenvolvimento até a década de 1960.

Uma contribuição fundamental à associação entre envelhecimento e declínio foi ensejada pelos estudos psicométricos pioneiros sobre a inteligência do adulto realizados durante a Primeira Guerra Mundial. A tarefa foi realizada pela American Psychological Association (APA), que, em 1917, designou uma equipe de psicólogos, chefiados por Yerkes, para elaborar os primeiros testes de inteligência para adultos a partir daqueles criados para crianças, na França, por Binet, em 1904. De seus esforços resultaram os testes Army Alpha (para os alfabetizados) e Army Beta (para os analfabetos), com os quais entre 1914 e 1918 foi feita a avaliação da inteligência de 1.726.966 homens entre 18 e 60 anos[48]. Em 1921, foram publicados os resultados dessa grande investigação populacional, que mostrou que os grupos de 30 anos e mais apresentavam desempenhos piores, e que, quanto mais velhos os sujeitos, maior era a discrepância entre seu desempenho intelectual e o dos mais jovens. Yerkes sugeriu que os dados talvez decorressem não só de influências biológicas, mas também da bagagem cultural, das experiências pessoais e do nível educacional dos participantes, mas suas ponderações não foram ouvidas, porque iam contra a corrente dominante de pensamento da época.

A despeito de evidências e interpretações contrárias que se sucederam, nos anos subseqüentes prevaleceu o modelo deficitário do desenvolvimento mental na vida adulta[48], o qual reinou praticamente absoluto na psicologia e na gerontologia até os anos 1960, quando dados empíricos de pesquisas longitudinais começaram a contradize-lo. No entanto, o peso da influência dessa informação se faz sentir até hoje entre leigos e entre cientistas, políticos, administradores, educadores e empresários, funcionando como importante antecedente dos preconceitos e estereótipos em relação às pessoas mais velhas.

O Paradigma Mecanicista

A metáfora fundamental da visão mecanicista sobre o mundo é a máquina. Em psicologia, essa visão é representada por um modelo reativo do ser humano, que, como uma máquina, reagiria a forças, em vez de criá-las ou transformá-las. O desenvolvimento seria produto de uma história de relações ou de funções estímulo-resposta sem a intervenção de uma mente interpretativa. As teorias estímulo-resposta de Watson (1878-1958), Tolman (1886-1959), Hull (1884-1952) e Skinner (1904-1990) exemplificam o paradigma mecanicista.

Essas teorias tiveram pequena influência na explicação do desenvolvimento, mas tiveram papel fundamental no despertar da experimentação em psicologia envolvendo indivíduos mais velhos. Por esta via, con-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tribuíram para a construção da noção de que envelhecer é incompatível com aprender e, assim, ajudaram a fortalecer os preconceitos em relação aos idosos, bem como fortaleceram o modelo de crescimento, culminância e contração característico do paradigma organicista.

O Paradigma Contextualista

A interação social e a socialização são os conceitos básicos do paradigma contextualista decorrente do funcionalismo em psicologia e do interacionismo simbólico em sociologia, correntes essas que tiveram como principais precursores William James, na década de 1890, e George Herbert Mead, na década de 1930. Seus conceitos influenciaram Havighurst (1900-1990) e Neugarten (1916-2001) entre outros integrantes do primeiro programa acadêmico sobre maturidade e velhice de que se tem notícia, instalado na Universidade de Chicago na década de 1940.

Segundo Neugarten[61], coube aos antropólogos culturais a adoção pioneira da noção de que o desenvolvimento é um processo contínuo que dura a vida inteira e é controlado por fatores sócio-culturais. Os antropólogos foram secundados por sociólogos, como a própria Neugarten, interessados em estudar o ritmo e a seqüência dos eventos de vida e as transições de papéis em diferentes coortes (grupos etários que nasceram numa dada época e que então compartilharam às mesmas idades, as mesmas influências históricas).

Para os adeptos desse paradigma, o indivíduo e o ambiente social são entidades mutuamente influentes e, assim, co-participantes no processo de construção da trajetória de desenvolvimento individual e das diferentes coortes. O desenvolvimento é visto como um processo contínuo de adaptação ao longo da vida. Não se aceita que a trajetória de desenvolvimento seja organizada por eventos de natureza ontogenética, como querem os psicólogos de orientação organicista, que descrevem o desenvolvimento como processo balizado pela idade cronológica ou por crises evolutivas. Para o paradigma contextualista, é a sociedade que constrói cursos de vida ou trajetórias de desenvolvimento, na medida em que prescreve quais são os comportamentos apropriados para as diferentes faixas etárias e ensina os indivíduos e instituições a considerar que certas trajetórias são normais e esperadas.

A metáfora do relógio social foi cunhada por Neugarten[60] para descrever os mecanismos sociais de temporalização do curso de vida individual. Para a autora, indivíduos e coortes internalizam esse relógio, que serve para regular o senso de normalidade, de ajustamento e de pertencimento a um grupo etário ou a uma geração. Os cursos de vida são influenciados pelas crenças culturais sobre o modo como devem ser as biografias individuais, as seqüências de papéis e posições sociais e as restrições e permissões em relação aos desempenhos de papéis etários e de gênero.

Os eventos marcadores do desenvolvimento são de natureza biológica, como a menarca e a menopausa, ou social, como, por exemplo, o casamento e a aposentadoria. Em ambos os casos há base biológica, na medida em que uma das condições para o casamento é a capacidade de procriar e que, junto com a aposentadoria, vêm sinais corporais do envelhecimento. A conjugação de eventos biológicos e psicossociais é o material a partir do qual os indivíduos e a sociedade criam conceitos de desenvolvimento normal e de fases do desenvolvimento. Quatro classes de experiências estariam combinadas na determinação das trajetórias individuais de desenvolvimento: as diretas, as derivadas da interação com outras pessoas, as simbólicas, que se desenvolvem por aprendizagem social, e as privadas.

Havighurst[38] sintetizou essas noções no conceito de *tarefas evolutivas*, definidas como desafios normativos associados à idade cronológica produzidos conjuntamente por maturação biológica, pressão cultural da sociedade e desejos, aspirações e valores que fazem parte da personalidade do indivíduo. O autor teorizou que as tarefas evolutivas compreendem habilidades, conhecimentos, funções e atitudes que o indivíduo deve adquirir em dado momento de sua vida, sob a ação da maturação física, das perspectivas sociais e dos esforços pessoais. Mediante um processo de socialização que prevê reforçamento, punição e mediação simbólica, as pessoas internalizam normas de idade, geralmente associadas a normas de gênero, que passam a exercer papel regulador sobre o seu comportamento. Quando percebem que está prestes a ocorrer ou que está ocorrendo uma mudança em suas vidas, é comum que as pessoas busquem experiências formais ou informais de socialização antecipatória e ressocialização[14].

O paradigma contextualista refere-se aos eventos marcadores também como eventos de transição, ou de quebra de estabilidade do desenvolvimento, criando a exigência de mudanças adaptativas. As transi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ções normativas seriam aquelas que têm uma época esperada de ocorrência, de acordo com o que é reconhecido ou prescrito pela cultura (por exemplo: menopausa, casamento e aposentadoria). As idiossincráticas são as que ocorrem raramente, ou para poucos indivíduos, ou que têm uma época de aparecimento imprevisível (por exemplo: divórcio, desemprego e um prêmio na loteria). Por serem esperadas e permitirem preparação ou socialização antecipatória ou ressocialização, as transições normativas não têm impacto emocional tão grande quanto as transições idiossincráticas. As pessoas tendem a viver as mudanças normativas acompanhadas pelo seu grupo de idade, gênero e condição social, o que lhes assegura apoio social e senso de normalidade, ao passo que as idiossincráticas são geralmente vividas de forma solitária ou como eventos únicos. Por isso, parecem mais estressantes[60].

Os eventos de transição evocam a necessidade de reestruturação do roteiro de vida de cada um. As pessoas têm necessidade de compreender, interpretar e integrar os grandes eventos da história social e os pequenos e grandes eventos de sua vida pessoal em histórias coerentes, das quais possam retirar um senso de continuidade e propósito para suas vidas. Certos pontos de transição, principalmente se traumáticos ou muito desafiadores, podem criar pontos de inflexão a partir dos quais a vida passa a ser avaliada de outra maneira e a autodescrição passa a contar com novos elementos de exaltação ou de inferiorização do *self*[70]. A técnica de autobiografia orientada desenvolvida por Birren[13] baseia-se nessas noções e tem-se mostrado eficaz à promoção do bem-estar subjetivo dos idosos, principalmente em situações de crise.

As idéias do paradigma contextualista levam em conta o processo de construção social do desenvolvimento do adulto, o papel dos processos sociais no desenvolvimento das funções do *self* e a natureza interpessoal da vida humana. Tais idéias tiveram forte influência sobre o paradigma psicológico do desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*), que se desenvolveu na mesma época como uma síntese dos conceitos organicistas, contextualistas e dialéticos.

O Paradigma de Desenvolvimento ao Longo de Toda a Vida (*Life-span*)

O processo de envelhecimento populacional observado nos países desenvolvidos fez-se acompanhar de dúvidas sobre a veracidade das crenças científicas e leigas sobre o declínio universal das capacidades intelectuais na vida adulta. Dados de estudos longitudinais e de seqüências de coortes, como o Seattle Longitudinal Study, iniciado em 1955[68], logo mostraram que o desenvolvimento intelectual é um processo não-linear, multidimensional e multidirecional, e que os mais velhos exibiam forte heterogeneidade quanto ao seu funcionamento intelectual. As idéias do paradigma contextualista começaram a fermentar nos departamentos acadêmicos e nas sociedades científicas, onde também foram lembradas idéias filosóficas que remontavam a Carus[20], Tetens[72] e Quetelet[66] sobre o desenvolvimento como um empreendimento de toda a vida, assim como foram introduzidos conceitos de causalidade dialética para explicar o desenvolvimento e o envelhecimento[49].

As metáforas fundamentais do paradigma dialético são a mudança, a contradição, a interação dinâmica, a causação simultânea e mútua, a falta de completa determinação e a atuação conjunta de processos ontogenéticos (individuais) e histórico-culturais (coletivo-evolutivos) na determinação do comportamento e do desenvolvimento. Entre meados das décadas de 1950 e 1970, a produção intelectual de Riegel (1927-1977), psicólogo alemão radicado nos Estados Unidos, influenciou fortemente o surgimento do paradigma *life-span*. O foco de Riegel era a substituição da perspectiva organicista pela dialética. Por isso, rejeitou o enfoque de estágios, a noção de desenvolvimento como um processo linear de crescimento até um ponto de culminância e a idéia do envelhecimento como um processo que prevê apenas declínio.

Segundo Riegel[67], o desenvolvimento deve ser compreendido como um processo que dura toda a vida e que é presidido por influências de natureza inato-biológica, individual-psicológica, cultural-psicológica e natural-ecológica. A contribuição relativa de cada uma delas muda conforme a idade, e qualquer uma pode ser fonte de influência esperada ou inesperada, tanto em termos individuais quanto coletivos. Períodos de desenvolvimento normal são aqueles em que essas fontes estão em sincronia. Esse processo pode ser descontinuado por pontos de transição ou crises de natureza biológica (por exemplo, a menarca ou o climatério), psicossocial (por exemplo, a aposentadoria e a entrada no mercado de trabalho), societal (por exemplo, uma guerra) ou ecológica (por exemplo, um terremoto), que geram novos pontos de influência, de duração variável e que podem ser vividos como positivos ou negativos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Depois desses eventos, a experiência não mais será a mesma e o processo de desenvolvimento integrará o novo elemento produzido pelo enfrentamento do desafio. Instabilidades e descontinuidades no desenvolvimento caracterizam assincronia entre os vários domínios e criam focos de tensão e de conflito. Esforços adaptativos do indivíduo — por exemplo, o investimento em novos conhecimentos, em novos papéis ou em mecanismos de enfrentamento — conduzem ao desenvolvimento, a uma nova síntese ou a um novo período de desenvolvimento normal, e assim sucessivamente.

O paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span)* emergiu na década de 1970 junto com o moderno estudo psicológico do envelhecimento, e hoje influencia a psicologia do desenvolvimento como um todo. Integra a noção organicista com as idéias dos paradigmas contextualista e dialético sobre a interação das fontes de influência genético-biológicas, psicológicas, ecológicas e sócio-culturais.

Em próxima colaboração com os sociólogos do paradigma contextualista (ou do curso de vida), a perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*) primeiramente identificou três classes de influências biossociais: 1. graduadas por idade; 2. graduadas por história, e 3. não-normativas ou idiossincráticas[6,7].

Para esses autores, o desenvolvimento e o envelhecimento podem ser analisados como uma seqüência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades e, por isso, são chamadas de mudanças graduadas por idade; como uma seqüência previsível de mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização a que as pessoas de cada coorte estão sujeitas, e que, por isso, são chamadas de influências graduadas por história; e como uma seqüência não-previsível de alterações devidas à influência de agendas biológicas e sociais, e que, por isso, são chamadas de influências não-normativas.

As influências normativas graduadas por idade, ou ontogenéticas, são eventos que tendem a ocorrer na mesma época e com a mesma duração para a maioria dos indivíduos de uma dada sociedade ou subcultura. O conceito de normalidade é estatístico e diz respeito à alta freqüência desses eventos num dado grupo etário. Embora não causados pela mera passagem do tempo, mas pelas interações entre o organismo e o ambiente, eles são associados ao tempo dimensionado em anos ou meses. Parte desses eventos é de natureza biológica, como, por exemplo, a maturação durante a infância inicial, o envelhecimento, o aumento da variabilidade interindividual na vida adulta e o declínio biológico na velhice.

Há também eventos graduados por idade que estão ligados à socialização, a tarefas evolutivas, a expectativas sociais e ecologias especificas do desenvolvimento, envolvendo a família, a educação e o trabalho. Permitem aquisição de papéis e de competências sociais associadas à idade. Em alguns períodos históricos as regras sociais são mais rígidas e assim há menos flexibilidade nas trajetórias de desenvolvimento. Em outros contextos, essas normas são mais fluidas e as pessoas têm trajetórias mais variadas que independem da idade[69].

A interação entre eventos biológicos e ambientais é exemplificada pelo dado segundo o qual a desnutrição grave e a falta de oportunidades educacionais associadas à pobreza durante a infância marcam a trajetória do desenvolvimento intelectual das pessoas e tendem a prejudicá-las, em comparação àquelas não submetidas a essas condições. As mulheres são mais sujeitas à pobreza, à pouca escolaridade e ao nível ocupacional mais baixo e, por esse motivo, as idosas são mais expostas a doenças, à incapacidade e ao isolamento do que os homens. Pessoas pobres, entre elas particularmente os idosos, são mais expostas aos efeitos negativos de catástrofes ecológicas do que os mais ricos e os não-idosos.

Com o envelhecimento diminui a plasticidade comportamental definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio (por exemplo, através de novos aprendizados); diminui a resiliência definida como a capacidade de enfrentar e de se recuperar dos efeitos da exposição a eventos estressantes (por exemplo, doenças e traumas). Os limites da plasticidade individual dependem das condições histórico-culturais; condições essas que se refletem na organização do curso de vida dos indivíduos e das coortes. A resiliência individual depende dos apoios sociais, mas depende também dos recursos da personalidade. Os recursos adaptativos da personalidade, também chamados mecanismos de auto-regulação (por exemplo autoconceito, auto-estima, estratégias de enfrentamento, múltiplos *selves* e senso de auto-eficácia), mantêm-se intactos na velhice. Essa integridade promove a continuidade do funcionamento psicossocial e o bem-estar subjetivo dos idosos[3,4].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As influências normativas graduadas pela história são eventos macro-estruturais experimentados ao mesmo tempo por todos os componentes de uma dada coorte. Elas covariam sistematicamente com classe social, gênero e etnia[10]. Como exemplo, podemos citar: guerras, crises econômicas, fomes, epidemias, movimentos migratórios, intolerância política, violência, terrorismo, surgimento de novas tecnologias, movimentos artísticos e reformas educacionais. Nos últimos 100 anos, a modernização ocasionou crescente variação nas trajetórias intelectuais de várias coortes, como mostraram o *Seattle Longitudinal Study*[68] e os estudos longitudinais suecos[56,71], segundo os quais o desempenho intelectual de idosos que atualmente têm 70 anos é comparável ao de idosos que tinham 65 anos há 30 anos. Ao mesmo tempo, o estudo de Schaie evidenciou desempenho intelectual inferior entre participantes adultos e idosos que tinham vivido sua idade escolar ou sua adolescência durante a Grande Depressão norte-americana.

As influências não-normativas podem ser de caráter biológico ou societal e não atingem todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo, ou seja, não são dependentes da ontogenia e nem do tempo histórico. Sua época de ocorrência é imprevisível, tal como acontece com perder o emprego, sofrer um acidente, divorciar-se, ganhar na loteria, adoecer gravemente e receber uma oferta de trabalho súbita e tentadora. O impacto delas é forte porque interrompem a seqüência e o ritmo do curso de vida esperado, geram condições de incerteza e desafio e impõem sobrecarga aos recursos pessoais e sociais do indivíduo. Seus efeitos de longo prazo variam de acordo com o significado do evento para o indivíduo, suas condições de enfrentamento e seus efeitos sobre o *status* funcional, os papéis sociais e o senso de identidade[10].

O efeito dos eventos não-normativos é potencializado pela experiência de incontrolabilidade que geralmente acarretam. O potencial estressor dos eventos incontroláveis tende a ser maior para os velhos, na medida em que, na velhice, ocorre diminuição de recursos e que aumentam as possibilidades de convivência com eventos negativos. Aos efeitos da velhice podem somar-se os da pobreza, da desnutrição, do baixo nível educacional e da discriminação por idade, e nesses casos os idosos ficam particularmente mais expostos. Quanto maior o senso de controle sobre o evento, menor a chance de se desenvolverem problemas de adaptação, tais como sintomas depressivos, isolamento social, doenças somáticas e dependência[23].

As influências normativas graduadas por idade e por história e as não-normativas atuam de forma concorrente na construção de regularidades e de diferenças individuais nas trajetórias de vida. A biologia e a cultura, atuando em relação recíproca, contextualizam o desenvolvimento e o envelhecimento. Na infância inicial e na velhice avançada os processos genético-biológicos graduados por idade têm mais força na regulação do desenvolvimento do que os de natureza sócio-cultural.

Paul B. Baltes[4] propôs três princípios gerais a respeito da dinâmica biologia-cultura nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida:

1. A plasticidade biológica e a fidelidade genética declinam com a idade, porque a natureza privilegia o crescimento nas fases pré-reprodutiva e reprodutiva, pois é isso que fundamentalmente interessa à espécie;
2. Para que o desenvolvimento se estenda até idades avançadas, são necessários avanços cada vez mais expressivos na evolução cultural e na disponibilidade de recursos culturais. A expansão da duração da vida, que hoje está quase no limite máximo estabelecido pelo genoma humano, só foi possível graças aos investimentos da cultura em instrumentos, habitação, técnicas e equipamentos de trabalho, higiene, imunização, antibióticos, segurança, proteção e educação;
3. É limitada a eficácia da cultura para promover desenvolvimento e reabilitação das perdas e do declínio associados à velhice, porque os idosos são menos responsivos aos recursos culturais — uma vez que sua plasticidade comportamental e sua resiliência biológica são menores. Nesse momento, em todo o mundo, o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade estão exigindo investimentos cada vez mais pesados em soluções sociais e na cura e na prevenção de doenças atualmente incuráveis ou de difícil reabilitação. Esse processo deverá exigir novas e cada vez mais custosas providências sócio-culturais, pois à medida que aumentar a duração da vida humana, novos problemas deverão aparecer. Esses desafios são potencializados pela existência de desigualdades econômicas ao redor do mundo e representam um problema para a evolução social, e, em última análise, para a evolução da espécie.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

> No âmbito individual, a velhice pode acarretar um permanente senso de incompletude, pois é impossível acompanhar a rapidez das mudanças tecnológicas e científicas e a velocidade com que as informações são processadas e se tornam disponíveis na sociedade da informação.

A trajetória das influências que afetam o desenvolvimento e o envelhecimento relacionam-se com trajetórias de alocação de recursos nos diferentes momentos na vida, caracterizando-se o crescimento na infância, a manutenção na vida adulta e a regulação de perdas na velhice. Crescer envolve o alcance de níveis cada vez mais altos de funcionamento ou de capacidade adaptativa. Manter envolve estabilidade dos níveis de funcionamento em face de novos desafios contextuais ou de perdas em potencial. Manejo de perdas significa funcionamento em níveis mais baixos, quando a manutenção ou a ecuperação não são mais possíveis[10].

Esse raciocínio conduziu P. B. Baltes e M. M. Baltes[5] à proposição da teoria de seleção, otimização e compensação (teoria SOC), segundo a qual os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre os recursos da pessoa e os recursos do ambiente, num regime de interdependência. Durante toda a vida ocorre atuação sistêmica desses três mecanismos na produção do desenvolvimento e do envelhecimento bem sucedidos ou adaptativos[3,4,9,10,51].

Seleção significa a especificação e a diminuição da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual. Ela é tanto um requisito para os avanços quanto uma necessidade quando recursos tais como tempo, energia e capacidade são limitados. Pode ser eletiva ou orientada à recuperação das perdas. Neste caso ela se dirige à reorganização da hierarquia e ao número de metas, ao ajustamento do nível de aspiração ou ao desenvolvimento de novas metas que sejam compatíveis com os recursos disponíveis.

Otimização quer dizer a aquisição, a aplicação, a coordenação e a manutenção de recursos internos e externos envolvidos no alcance de níveis mais altos de funcionamento. Pode ser realizada mediante a educação, a prática e o suporte social dirigidos à cognição, à saúde, à capacidade atlética e a habilidades artísticas e sociais.

A *compensação* envolve a adoção de alternativas para manter o funcionamento. São exemplos de compensação o uso de aparelhos auditivos e de cadeira de rodas, a utilização de pistas visuais para compensar problemas de orientação espacial e a utilização de deixas para auxiliar a memória verbal. Os três mecanismos são assumidos como universais e como sujeitos a ação consciente ou inconsciente, operados pela pessoa ou por outrem, por indivíduos ou por instituições, entre outras possibilidades.

A teoria SOC pode ser incorporada por diferentes perspectivas teóricas, incluindo a comportamental, a cognitiva, a de ação e a social-cognitiva; a diferentes processos (por exemplo, a memória e o funcionamento físico) e domínios (por exemplo, o bem-estar subjetivo) e ao desenvolvimento normal ou de pessoas portadoras de deficiência[10]. Por tal motivo é apontada como um meta-modelo do desenvolvimento.

Teorias Psicológicas do Envelhecimento Referenciadas ao Paradigma Organicista

Neste tópico serão sinteticamente apresentadas as idéias de cinco teorias gerais sobre o envelhecimento orientadas ao paradigma de mudança ordenada ou de estágios associadas ao organicismo em psicologia: C. G. Jung[42], C. Bühler[16], Kühlen[43], Levinson[50] e Erikson[26]. A teoria de Erikson será apresentada como a precursora, ou a que marcou a transição do paradigma organicista para o paradigma dialético, que deu origem ao paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida, hoje o mais influente em psicologia do envelhecimento.

Carl Gustav Jung

No início da década de 1930, Jung apresentou os fundamentos de uma teoria de desenvolvimento durante toda a vida que refletia seu contato com a psicanálise de Freud, sua experiência clínica e suas experiências pessoais. Dividiu a vida humana em duas metades e em quatro idades (infância, vida adulta, meia-idade e velhice), separadas por estágios de transição (da adolescência, do entardecer e da idade avançada). Cada idade tem um tema básico e suas próprias tarefas e metas. Na primeira metade da vida, a meta é o envolvimento com o mundo externo, isto é, ser alguém na sociedade. Os temas básicos desse período são crescimento, expansão e natureza. Por volta dos 40 anos, as pessoas se dão conta de sua finitude e das demandas de sua vida interior. No ponto culminante da vida, até então caracterizada pelo envolvimento

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

com metas de realização e de expansão do *self*, desenha-se o entardecer. O tema desse novo período, que inaugura a segunda metade da vida, é a individuação, definida por Jung como um processo de interiorização do *self*, com o qual a pessoa adquire o senso de ser única. Os temas dessa segunda parte da vida são a morte, a contração e a cultura.

O processo de individuação é um embate espiritual e cultural típico dos anos da meia-idade e da velhice. Inclui a descoberta dos aspectos menos educados e mais reprimidos do *self* (a "sombra") e a descoberta das próprias possibilidades de aquisição de novos papéis, de planejamento de novas metas e de contribuição para a sociedade (a "persona"). Jung nota a tendência de as pessoas mais velhas se transformarem em seus opostos, ou seja, os homens idosos tendem a ser mais femininos, e as mulheres idosas, mais masculinas. Para o autor, esse processo significa o assumir de uma figura contra-sexual arquetípica — "anima" para os homens e "animus" para as mulheres. Nos anos mais avançados da vida, tem lugar o processo de realização do *self* pelo contato com os arquétipos do Velho Sábio (no homem) e da Grande Mãe (na mulher).

Jung notou que muitas pessoas chegam à velhice com desejos insatisfeitos ou com sede de continuar no poder e de expandir o *self*, mas que isso não só significa incapacidade de desprender-se dos temas da primeira metade da existência, como também prenuncia dificuldades de ajustamento aos temas do entardecer da vida. Transcender a experiência material e desenvolver a espiritualidade ajudam os idosos a encontrar um sentido de completude na vida e, assim, a aceitar a morte.

A teoria de Jung[42] sobre a meia-idade e a velhice foi precursora dos modelos psicológicos sobre crises e transições no desenvolvimento do adulto que se desenvolveram na década de 1970, os quais, inicialmente, focalizaram a meia-idade. Traços de sua influência podem ser encontrados nas proposições de Bühler[16], Erikson[26] e Levinson[50] sobre o papel do processo de revisão de vida no ajustamento das pessoas na meia-idade.

Charlotte Bühler

Charlotte Bühler era alemã, nascida em Berlim em 1893. Imigrou para os Estados Unidos em 1940, fugindo do nazismo. Foi internacionalmente famosa por seus estudos sobre crianças pequenas e em idade escolar, e também por suas pesquisas com indivíduos adultos, orientadas a uma perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida.

Trabalhando em Viena, a autora estudou o curso da vida humana a partir de 400 autobiografias de adultos coletadas nos anos 1930. As análises de Bühler apontaram para uma progressão ordenada de fases em que ocorreriam mudanças em atitudes, metas e realizações. Acentuaram o paralelo existente entre os processos biológicos de crescimento, estabilidade e declínio e os processos psicossociais de expansão, culminância e contração em atividades e realizações. Na Tabela 5.1 são apresentados os estágios do desenvolvimento segundo a autora.

Tabela 5.1 Fases do Desenvolvimento Psicológico Segundo Charlotte Bühler (1935)[16]

Idade	Ocorrências	Princípio envolvido
Nascimento aos 15 anos	A criança é dependente, preparando-se para definir as próprias metas de vida	Metas e atividades inespecíficas
15 a 25 anos	Expansão preparatória e autodeterminação experimental de metas	Tendência crescente à especificação de metas
25 a 45 anos	Culminância do desenvolvimento: realização das metas de vida	Auto-avaliação da realização das metas
45 a 65 anos	Conflito entre a expansão e a contração	Tendência crescente à avaliação retrospectiva
65 anos e mais	Contração	Senso de realização ou de fracasso. Continuidade das experiências anteriores. Metas de curto prazo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

C. Buhler defendia a idéia de que o desenvolvimento não é um processo linear, mas tem uma dinâmica que envolve constantes recorrências a estados passados, bem como simultaneidade e alternância de ganhos e perdas evolutivas. Reconheceu que a auto-realização, a falta de uma ordem preestabelecida nas decisões biográficas de cada pessoa, as ações e as experiências são importantes fatos do desenvolvimento. Observou que existem diferenças individuais quanto ao cumprimento da agenda de desenvolvimento, refletidas na existência de pessoas que permanecem altamente produtivas até idade avançada, apesar do declínio biológico. Cerca de 30 anos depois, esse dado mereceria confirmação empírica dos psicólogos dedicados ao estudo do desenvolvimento intelectual do adulto.

As idéias de C. Bühler[16] foram reinterpretadas por Kühlen[43], que propôs que os motivos associados à expansão, tais como alcançar objetivos de desempenho, poder, criatividade e auto-realização, dominam a pauta do desenvolvimento na primeira metade da vida, podendo dirigir-se a diferentes alvos conforme o sexo, a profissão ou eventos particulares da vida da pessoa. Com a idade, considera ele, há um progressivo abandono da perseguição de metas por meio de ações diretas e instrumentais, em favor de maneiras mais indiretas ou vicariantes.

Daniel Levinson

Esse autor norte-americano criou um modelo sobre o desenvolvimento do adulto baseado em entrevistas autobiográficas conduzidas com 40 homens, executivos, de 35 a 45 anos. Os conceitos-chave de seu esquema, largamente influenciado por C. Bühler, são transição, estrutura de vida e metas. A metáfora de expansão, culminância e contração está presente: a juventude e a vida adulta são vistas como fases de conquista e teste, que encaminham o adulto à estabilidade. A essas fases segue-se a transição da meia-idade, caracterizada por revisão de vida, modificação dos aspectos insatisfatórios das estruturas precedentes, formação de um quadro mais realista sobre si próprio e sobre o mundo e busca de significado para temas relevantes da existência. A figura do mentor é forte no esquema de Levinson, tanto na vida dos mais jovens quanto na dos adultos mais velhos, aos quais é reservado o papel de mentor. Na Tabela 5.2 é apresentado o modelo de desenvolvimento de Levinson[50].

Erik Erikson

Erik Erikson tomou como ponto de partida a teoria sobre a sexualidade infantil proposta por Freud[29], mas atribuiu ao ego um papel diferente do que foi concebido pelo fundador da psicanálise, que o via como *locus* dos conflitos entre as necessidades internas e as pressões do ambiente. Chamou a atenção para o enfrentamento ativo do mundo pelo ego, que se renova em cada época da vida permitindo a modificação das vivências e dos comportamentos e, assim, o desenvolvimento da personalidade. Além disso, a teoria construída por Erikson apresenta duas outras diferenças em relação às teorias de estágio clássicas.

Tabela 5.2 As Estações da Vida Adulta Segundo Levinson[50]

Idades	*Estações da Vida*	*Tarefas Evolutivas*
17-22	Transição para a vida adulta	Deixar a adolescência, explorar possibilidades da vida adulta e fazer escolhas preliminares
22-28	Entrada no mundo adulto	Criar uma estrutura de vida, constituir família, explorar as opções da adolescência
28-33	Transição dos 30 anos	Trabalhar a estrutura de vida, avaliar as escolhas e corrigir rumos
33-40	Estabilidade	Trabalhar, criar, produzir; envolver-se com modelos
40-45	Transição para a meia-idade	Revisar a estrutura de vida
45-50	Entrada na velhice	Redefinir papéis familiares e profissionais — servir de modelo para os mais jovens, estabelecer uma nova e final estrutura de vida

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em primeiro lugar, leva em consideração a vida humana em toda a sua extensão e a divide em oito estágios. A outra diferença está na proposição de que as influências sócio-culturais contextualizam a manifestação e a resolução das crises evolutivas do ciclo de vida. Segundo o autor, da tensão que se cria entre forças contraditórias irradiadas pelos pólos dessas crises, originam-se qualidades do ego.

Para Erikson, as idades representam ciclos que se sucedem, dentro dos quais os temas evolutivos emergem. As crises evolutivas são universais, assim como é universal a sua seqüência, porque integram a natureza humana. Elas se revelam ou se desdobram sucessivamente, estando os estágios mais avançados contidos nos anteriores. O autor denominou esse processo de epigenético (significando "que se desdobra").

Na Tabela 5.3 aparecem as oito fases propostas por sua teoria e suas respectivas crises, cujo enfrentamento ativo resulta em domínio que se reflete no cumprimento de tarefas específicas: na fase bebê, o estabelecimento de vínculo com a figura materna; na infância inicial, responder às tentativas da família de socialização inicial; na fase do brinquedo, estabelecimento de identidade do papel sexual e desenvolvimento inicial do auto-governo; na idade escolar, submissão às normas culturais básicas; na adolescência, identidade sexual adulta, busca de novos valores e adaptação do *self* às mudanças da puberdade; na vida adulta, desenvolver relações profundas com um parceiro, sem medo de perda da identidade, estabelecer família, trabalhar e educar; na maturidade, conquistar o apogeu profissional, tendência a passar o bastão para a geração seguinte; na velhice, auto-aceitação, desenvolvimento de integridade da história pessoal e formação de ponto de vista sobre a morte. O resultado, fase após fase, é o aparecimento e a integração de novas qualidades do ego. A tensão gerada pelas crises psicossociais do desenvolvimento não tem como sentido básico a turbulência e nem as emoções negativas, mas é um desafio que impulsiona o crescimento.

As idéias de Erikson foram construídas e divulgadas nos Estados Unidos aproximadamente na época do aparecimento dos primeiros estudos de inspiração contextualista em sociologia e em psicologia. Pelo fato de chamar a atenção para as tensões e contradições entre os pólos das crises psicossociais, o autor é reconhecido como um precursor da adoção do paradigma dialético adotado pelo *life-span*.

Teorias Psicológicas do Envelhecimento Referenciadas ao Paradigma de Desenvolvimento ao Longo de Toda a Vida: Seletividade Sócio-emocional e Dependência Aprendida

Este tópico é dedicado à apresentação de duas teorias psicológicas surgidas na década de 1990, que versam sobre aspectos específicos do envelhecimento: a teoria da seletividade sócio-emocional e a da dependência aprendida. Ambas orientam-se a um enfoque centrado na pessoa dentro da psicologia social do desenvolvimento e estão na base de uma quantidade apreciável de pesquisas empíricas. Não são grandes teorias gerais sobre o envelhecimento, como as de inspiração organicista, porque a tendência hoje é de micro-teorias que versam sobre aspectos espe-

Tabela 5.3 As Oito Idades do Ser Humano, Segundo Erikson[26]

Idade	*Conflito do Ego*	*Valor Emergente*
Infância inicial	Autonomia × Vergonha e dúvida	Domínio
Idade do brinquedo	Iniciativa × Culpa	Propósito
Idade escolar	Trabalho × Inferioridade	Competência
Adolescência	Identidade × Confusão de papéis	Fidelidade
Idade adulta	Intimidade × Isolamento	Amor
Maturidade	Geratividade × Estagnação	Cuidado
Velhice	Integridade × Desespero	Sabedoria

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cíficos do envelhecimento, tais como a inteligência prática, a memória, o autoconceito, as estratégias de enfrentamento, a geratividade e a sabedoria.

Teoria da Seletividade Sócio-emocional

A teoria da seletividade sócio-emocional foi formulada por Laura L. Carstensen[18,19] para explicar o declínio nas interações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos. Ela se contrapõe a três teorias clássicas da gerontologia social: a da atividade, a do desengajamento e a das trocas sociais. Para a primeira, a restrição das interações sociais seria determinada por normas sociais que prevêem a inatividade para as pessoas mais velhas[39]. Para a segunda, a diminuição nos contatos sociais seria um produto do afastamento recíproco e adaptativo entre os idosos e a sociedade, uma vez que prepararia simbolicamente os idosos para a morte[22]. Para a terceira perspectiva, as perdas do envelhecimento acarretam diminuição na contribuição do idoso para as relações interpessoais, ameaçam a reciprocidade dos relacionamentos e, por isso, enfraquecem os laços sociais[25].

O ponto em que a teoria de Carstensen contradiz as três teorias sociológicas clássicas é o fato de as pessoas não serem simplesmente reativas ao contexto social, mas o construírem ativamente. Assim, a redução na amplitude da rede de relações sociais e na participação social na velhice reflete a redistribuição ativa de recursos sócio-emocionais pelos idosos, em virtude da mudança em sua perspectiva de tempo futuro. Ao perceber que têm menos tempo de vida pela frente, eles procuram selecionar metas, parceiros e formas de interação, porque isso os permite otimizar os recursos de que dispõem. Por esse motivo, na velhice passam a ser mais relevantes o envolvimento seletivo com relacionamentos sociais próximos que ofereçam experiências emocionais significativas, em lugar da ampliação da rede de relações ou da busca de informações e de *status*, que são objetivos típicos dos mais jovens. As metas dos adultos jovens são mais numerosas e de longo prazo, porque o tempo é por eles percebido como relativamente ilimitado[18,19,45]. A teoria de seletividade sócio-emocional é de natureza *life-span* na medida em que considera que a adaptação é delimitada pelo tempo e pelo espaço e que a fase do desenvolvimento vivida pela pessoa é um importante contexto ao qual ela deve se adaptar.

Essa explicação foi testada com sucesso em pacientes jovens em estado terminal. Entre eles foi observado o mesmo processo, confirmando a ocorrência de seleção de metas e de relações em virtude da redução na perspectiva temporal[44]. Foi testada em estudos longitudinais, nos quais se observou que: 1. o número de parceiros sociais pode ser estável ao longo da vida, mas o número de relações sociais periféricas declina na velhice; 2. idosos que reduzem os contatos periféricos, mas mantém contatos emocionais significativos com pessoas afetivamente próximas desfrutam maior bem-estar subjetivo do que os que não o fazem[31,32,46].

Fung, Carstensen e Lutz[32] estudaram preferências sociais relacionadas à idade entre crianças, adultos e idosos dos Estados Unidos e de Hong Kong. Todos foram confrontados com cenários hipotéticos em que tinham de escolher parceiros preferidos. Os mais jovens tenderam a apontar parceiros novos e os mais velhos apontaram um membro da família. Porém, quando convidados a imaginar uma situação no futuro, 20 anos adiante, essas diferenças desapareceram: tanto os jovens quanto os velhos apontaram figuras familiares como parceiros sociais preferidos.

No Brasil, um estudo de corte transversal envolvendo adultos jovens, pessoas de meia-idade e idosos confirmou que entre os idosos a rede de relações sociais periféricas é menor e que a rede de relações com pessoas afetivamente próximas também é menor, mas que é fonte de satisfação, principalmente pelo fato de encontrarem nela o suporte afetivo de que necessitam (Nogueira, 2001). Um outro estudo com o mesmo delineamento testou metas de vida e observou que, entre os mais velhos, predominam metas de curto prazo e orientadas ao *self*, enquanto entre os mais jovens predominam metas de longo prazo e orientadas à realização[28]. Capitanini e Neri[17] observaram que mulheres que viviam sozinhas encontravam grande satisfação em redes de relações formadas por relações afetivamente próximas, independentemente do tamanho de sua rede de relações como um todo.

Carstensen vem analisando também o comportamento emocional de idosos, mostrando que, com o envelhecimento, as pessoas passam a experimentar e a demonstrar emoções com menos intensidade e a ter menor capacidade de decodificação de expressões emocionais. Segundo a autora, essas alterações são de natureza adaptativa porque permitem aos idosos poupar recursos, canalizá-los para alvos relevan-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tes e otimizar seu funcionamento afetivo e social. Tal processo reflete-se em maior capacidade de calibrar o efeito da intensidade dos eventos, maior integração entre a cognição e a afetividade, mecanismos de defesa mais maduros, maior uso de estratégias pró-ativas e maior satisfação com a vida.

As formulações da teoria de seletividade sócio-emocional e os dados empíricos gerados por ela ajudam a compreender as preferências sociais ao longo da vida. A teoria defende que os idosos moldam seu ambiente social de modo a maximizar seu potencial para sentir afetos positivos e para minimizar os afetos negativos. Ao fazê-lo por meio de investimentos seletivos, os idosos estão investindo na regulação do seu comportamento sócio-emocional e do seu ambiente sócio-emocional externo. Tais operações representam o cumprimento de metas úteis ao alcance de uma velhice bem-sucedida.

Teoria da Dependência Aprendida

Dependência é a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido a limitações físico-funcionais, a limitações cognitivas ou a ambas. A dependência não é uma condição obrigatória e unidimensional na velhice, mas uma condição com múltiplas faces, determinada por múltiplas variáveis em interação[2].

Entre os determinantes da dependência na velhice podem ser citados:

- incapacidade funcional devida a doenças, senso de desamparo, falta de motivação, estados afetivos negativos e escassez ou inadequação de ajuda física e psicológica;
- efeitos da exposição a ocorrências inesperadas ou incontroláveis no dia-a-dia (por exemplo, quedas) e na vida familiar (acidentes com os filhos e netos), bem como maior probabilidade de vivência de grandes eventos estressantes do próprio ciclo vital ou dos ciclos da vida familiar (como a morte de entes queridos). A interação com tais eventos tende a gerar sintomas depressivos, entre eles a predominância de humores disfóricos, queixas somáticas, dificuldades de iniciar comportamentos e dificuldades de discriminar corretamente as contingências;
- acúmulo dos efeitos das pressões exercidas por perdas em vários domínios (por exemplo, perda de amigos + aposentadoria compulsória + afastamento dos filhos + doenças pessoais = maior senso de vulnerabilidade);
- falta de motivação para o estabelecimento de metas, a manutenção de uma vida ativa, produtiva e saudável e o cultivo da espiritualidade;
- desestruturação do ambiente físico devido à pobreza, ao abandono ou à negligência;
- presença de barreiras arquitetônicas (como escadas, buracos no passeio, pisos escorregadios) e ergonômicas (camas muito altas, letreiros muito pequenos) ou falta de apoios ambientais (bengalas, cadeiras de rodas, aparelhos auditivos);
- presença de práticas sociais discriminativas (como recusar ou demitir do emprego o idoso, tratá-lo como incapaz; negar atendimento médico e pensão);
- desestruturação do ambiente social (falta de rotinas e falta de estímulos sociais);
- tratamentos medicamentosos inadequados ou interação medicamentosa (iatrogenia), que podem induzir à inatividade, à apatia e à deterioração cognitiva.

A teoria da dependência aprendida de M. M. Baltes[2], desenvolvida a partir da condução de um programa de pesquisas observacionais e experimentais ao longo de 20 anos, acrescentou os seguintes elementos à análise da dependência na velhice:

- a dependência não é uma condição exclusiva da velhice, mas é um fenômeno que existe em todo o curso de vida, com diferentes manifestações — apego na fase bebê e na infância inicial, agência na meninice e na adolescência, interdependência na vida adulta e na velhice;
- as relações das pessoas e das instituições sociais com a dependência é assunto sujeito à influência de valores culturais, que podem torná-la mais ou menos aceitável nas diferentes fases da vida;
- o significado da dependência para os indivíduos adultos e idosos e para a sua rede de relações sociais mais próxima pode produzir maior ou menor tolerância e aceitação e proporcionar melhor ou pior suporte instrumental, informativo, material e afetivo;
- a dependência na velhice também está relacionada ao sistema de crenças das pessoas e de seus comportamentos;
- na maioria dos micro-contextos sociais em que vivem os idosos (instituições, hospitais e residên-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cias familiares), prepondera um padrão de interação que envolve o reforço de comportamentos dependentes e a extinção ou a punição de comportamentos independentes. Resulta desse padrão um aumento na freqüência de comportamentos dependentes.

No Brasil foi desenvolvida uma pesquisa baseada na teoria de dependência aprendida, envolvendo idosos institucionalizados com pequena incapacidade funcional para AVDs e seus cuidadores. Os dados confirmaram os obtidos por M. M. Baltes e cols. Dentre os 3249 episódios registrados na pesquisa, 84,3% foram de manutenção da dependência e 1,9% de estímulo à dependência; 10,9% foram de estímulo à autonomia e 2,9% de manutenção da autonomia. Medicação foi a situação mais evocadora de estímulo à dependência (97%), seguida por alimentação (95%) e banho (76,3%). Banho foi a mais eliciadora de estímulo à autonomia e de manutenção da autonomia[62].

M. M. Baltes denomina de dependência aprendida o padrão em que a dependência dos idosos se torna funcional para obter conseqüências do ambiente. Segundo a autora, a dependência aprendida se instala da seguinte maneira:

- os comportamentos dependentes que geram conseqüências físicas e sociais tendem a se manter e a se aperfeiçoar, ao mesmo tempo em que as tentativas de independência geram falta de atenção, negligência, admoestações ou restrições e, assim, tendem a menor freqüência. Ambientes superprotetores e de baixa exigência geram dependência aprendida, ao passo que ambientes protetores e estimuladores geram independência;
- os comportamentos dependentes se estabelecem e se mantém porque asseguram a manutenção de contatos sociais e porque são uma forma de controlar aspectos específicos do ambiente social, como, por exemplo, a obtenção de respostas indicativas de atenção, piedade e condescendência. Esses dois sub-produtos da dependência têm relação com a promoção do bem-estar psicológico dos idosos e essa é uma evidência da funcionalidade da dependência na velhice;
- a dependência aprendida pode significar perdas ao dificultar o engajamento em ações que promovem a funcionalidade física e psicossocial, mas também pode significar ganhos, na medida em que ajuda os idosos a obter atenção, contato social e controle passivo e que os auxilia a preservar, canalizar e otimizar energia para outros objetivos. Ou seja, a dependência pode ser uma estratégia adaptativa;
- a correção do curso do desamparo aprendido exige a modificação das contingências existentes, ou seja, estímulo à autonomia e ajuda para a sua manutenção e aprimoramento.

Uma novidade interessante da micro-teoria de dependência aprendida é a análise da dependência, da agência, dos ganhos e das perdas, do envelhecimento e da adaptação como condições que não excluem umas as outras, mas se entrelaçam. Outra é que a dependência é uma condição que atravessa o curso de vida, com diferentes significados, dependendo das demandas evolutivas.

Geratividade

O conceito de geratividade foi estabelecido por Erikson[26] e diz respeito à motivação e ao envolvimento com continuidade e ao bem-estar de indivíduos particulares, de grupos humanos, da sociedade de modo geral e de toda a humanidade. Sua origem é uma necessidade interna de garantir a própria imortalidade, de ser necessário e de *passar o bastão para a geração seguinte*, tanto no sentido biológico quanto cultural. Juntamente com os conceitos de integridade e de envolvimento, a geratividade é um tema central ao desenvolvimento na meia-idade e na velhice, mas atravessa todo o ciclo vital.

A partir das proposições de Erikson com relação a esse construto, McAdams, Hart e Maruna[55] desenvolveram um modelo de geratividade que contempla dois elementos antecedentes: o *interno*, traduzido no motivo de imortalidade simbólica, e o *cultural*, representado pelas demandas e expectativas dos grupos humanos quanto à transmissão e a continuidade cultural. Esses dois elementos antecedentes dão origem à *preocupação* com o bem-estar atual e da próxima geração, à *crença* no futuro da humanidade e a um *compromisso* pelo bem-estar, o progresso e a continuidade biológica e cultural de indivíduos particulares, da sociedade e de seus grupos, suas instituições, bens, símbolos e rituais e da humanidade como um todo. O autor sugere que a geratividade é um indicador de maturidade nos anos da meia-idade e que está associada ao ajustamento psicológico.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Da interação entre a preocupação, a crença e o compromisso gerativo se originam *ações gerativas*. O conceito de ação gerativa inclui três elementos: *criação ou geração* (de indivíduos, coisas, ações e idéias que sirvam para perpetuar a espécie humana, no sentido biológico e sócio-cultural); *manutenção* (que se expressa em cuidar, amar, responsabilizar-se, cultivar, preservar, proteger, apoiar, ajudar, socorrer, promover e restaurar e se aplica a indivíduos, grupos, instituições, produtos culturais e à natureza) e *oferta* (expressa na transmissão do que foi criado, no ensino, no aconselhamento, na orientação, na modelação e no ato de deixar um legado pessoal, permitindo, porém, o uso autônomo desses produtos pelos beneficiários).

As ações gerativas expressam-se no exercício de papéis adultos, na família, no trabalho, na comunidade, nas instituições sociais e na sociedade de modo geral. Ter filhos e educá-los; cuidar e responder por outros seres humanos no âmbito da família e fora dela; atuar como mentor, conselheiro, educador e orientador; o exercício de trabalhos voluntários na sociedade e na comunidade; preocupar-se em manter e transmitir um legado pessoal de experiências; envolver-se com projetos que garantam a manutenção e o progresso das realizações da sociedade e de suas instituições; participar de movimentos ou empreender ações individuais em prol da preservação da natureza e da memória histórica exemplificam o exercício da geratividade.

Os autores acrescentam um sétimo elemento ao seu modelo, o *significado*, que se expressa e é construído por meio de *narrativas pessoais*. Esses auto-relatos realimentam as fontes motivacionais para a geratividade, isto é, o desejo interno e as demandas culturais, ao mesmo tempo que permitem ao indivíduo construir sua identidade. A identidade envolve a construção de um roteiro individual ou história de vida. Cada história de vida guarda um esforço de encontrar ou de atribuir significado às próprias experiências. Estas são vistas como típicas de um tempo individual (a própria vida) e de um tempo compartilhado (tempo histórico e social) por pessoas do mesmo grupo etário e pertencentes a diferentes gerações.

As narrativas pessoais têm como matéria-prima as experiências de duração, ritmo, intensidade, seqüência e relevância, associadas à vivência dos eventos da vida por parte de cada indivíduo e de cada grupo etário e geracional. A geratividade ocupa um lugar central nesses auto-relatos na medida em que cada adulto procura balizar-se quanto ao cumprimento desígnios naturais e culturais no que diz respeito a ser um adulto produtivo e criativo. Cada um desenvolve um roteiro peculiar, composto de elementos selecionados e ordenados de forma a ter um significado que justifique a trajetória existencial e que transcenda a própria existência material. Deixar um legado biológico e cultural é a forma pela qual a geratividade encontra sua expressão mais legítima e serve como veículo do significado de uma vida.

Vários autores têm se preocupado em operacionalizar o conceito de geratividade e em desenvolver medidas que permitam caracterizar seu aspecto evolutivo e suas relações com outras variáveis de personalidade. Essas medidas discriminam entre *preocupação*, *compromisso* e *ações* gerativas. McAdams e de St. Aubin[53] desenvolveram um questionário de auto-relato para medida das diferenças individuais quanto à *preocupação* com a geratividade. Seus vinte itens cobrem os temas dominantes na literatura dessa área, como, por exemplo: ensinar e transmitir conhecimentos, realizar contribuições positivas à sociedade, cuidar e responder pelo outro, ser criativo e produtivo e deixar um legado duradouro.

Testes de validação interna e procedimentos de teste e re-teste mostraram alta consistência interna. Foram encontradas baixas correlações com testes de desejabilidade social. Entre sujeitos adultos não foi encontrada correlação com gênero, mas foram encontradas correlações significativas com gênero feminino. Sujeitos adultos pontuaram significativamente mais alto que os jovens, assim como pessoas de meia-idade pontuaram significativamente mais alto que adultos jovens e idosos. A paternidade apareceu fortemente associada à geratividade em homens que eram pais, mas não em homens que não tinham filhos. Diferentemente, a maternidade não mostrou associação com preocupação generativa. Esses dados foram confirmados em pesquisas com pais que tomavam conta dos filhos e que não eram encarregados desse papel: os não cuidadores mostraram mais preocupação com a geratividade que os cuidadores e, entre eles, os que eram religiosos pontuaram mais alto que os não-religiosos (por exemplo, Christiansen e Palkovitz)[21]. Nagakawa[59] encontrou alta correlação entre preocupação gerativa em pais e mães e investimento na educação escolar dos filhos.

Mc Adams, de St Aubin e Logan[54] procuraram comparar a geratividade em jovens, adultos e idosos. Trabalharam com três grupos de idade (22-27, 37-42 e 67-72 anos) e verificaram que, se por um lado a preocupação e o compromisso com a geratividade

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

emergem já na vida adulta inicial, é na meia idade e na velhice que são encontradas mais ações generativas. Num estudo longitudinal, envolvendo medidas de geratividade num grupo de mulheres aos 43 e aos 53 anos, Peterson[63] relatou que quanto mais desenvolvida a geratividade aos 43 anos, maior o envolvimento em papéis intergeracionais (de mãe e filha, por exemplo) aos 53 anos, mas não em papéis não intergeracionais (por exemplo o de amiga). As mulheres mais generativas foram as que relataram menos sobrecarga ao cuidar de pais idosos e também as que mostraram ter mais conhecimentos sobre programas comunitários de cuidado a idosos. Além disso, mostraram-se mais ajustadas a relações recíprocas de cuidado, ou seja, aquelas em que davam e recebiam cuidados. Lawford, Pratt, Hunsberguer e Pancer[47] realizaram um estudo de seis anos de acompanhamento com 198 adolescentes de 17 a 23 anos, para verificar preocupação gerativa, estilo parental, envolvimento comunitário e ajustamento pessoal. O estudo confirmou os dados obtidos em muitos outros estudos com adultos: quanto maior a preocupação gerativa, maior o senso de ajustamento. A preocupação gerativa entre esses adolescentes apareceu relacionada com pais que atuam como autoridade e, especialmente, com o envolvimento pró-social precoce na comunidade, o que é uma pista importante sobre o papel da família e da comunidade no desenvolvimento da geratividade.

Foram encontradas correlações altas e significativas entre geratividade, satisfação com a vida e nível de desenvolvimento do ego. Foram relatadas relações positivas com os traços de personalidade, agradabilidade, extroversão e abertura à experiência, avaliados pelo teste de Cinco Grandes Fatores[57] e correlações negativas entre preocupação generativa e depressão[55]. No Brasil, Queroz e Neri[65] relataram ter encontrado correlações positivas e significantes entre geratividade, senso de ajustamento pessoal e inteligência emocional entre adultos e idosos.

Ackerman, Zuroff e Moskowitz[1] investigaram a relação entre geratividade, agência, comunhão e bem-estar subjetivo num grupo de 98 adultos de meia-idade e 58 adultos jovens e relataram que a agência e a comunhão foram positivamente relacionadas com geratividade no trabalho. Para os adultos jovens, a agência expressa em relações de poder foi mais preditora de geratividade do que a comunhão expressa em relações afetivas, enquanto entre as mulheres jovens a geratividade relacionou-se mais às relações afetivas. A geratividade apareceu como mais relacionada com bem-estar subjetivo entre os adultos de meia-idade do que entre os adultos jovens. A relação entre agência, comunhão, geratividade e senso de bem-estar psicológico e satisfação com a vida foi confirmada por Grossbaum e Bates[33], num estudo qualitativo envolvendo narrativas sobre história de vida em adultos de 47 adultos 31 a 57 anos de idade. Dillon, Wink e Fay[24] encontraram relações positivas entre espiritualidade, religiosidade e geratividade entre adultos jovens, de meia-idade e idosos. Entretanto, em todos os grupos de idade, enquanto a geratividade apareceu mais relacionada com os aspectos comunitários da religiosidade, a espiritualidade relacionou-se mais com aspectos da expansão e do aperfeiçoamento do *self*.

É interessante, também, investigar as relações entre geratividade e etnia, porque segundo Erikson, existe relação entre a expressão de geratividade e a cultura. McAdams e Azarow[52] encontraram correlações altas e significativas com auto-relatos de satisfação, felicidade, auto-estima, estabilidade de metas e senso de coerência na vida, em homens e mulheres brancos e negros norte-americanos na meia-idade. Hart[36] examinou a relação entre preocupação generativa e envolvimento em atividades comunitárias numa amostra de brancos e negros norte-americanos com idade entre 35 e 65 anos. Verificou que adultos e pessoas de meia-idade que apresentaram alta preocupação generativa relatam maior envolvimento em redes de relações e de suporte social e maior satisfação com as relações sociais do que os que relataram baixa preocupação generativa. Hart, McAdams, Hirsch, e Bauer[37] perguntaram sobre a relação entre esse construto e suporte social da família e dos amigos, envolvimento em atividades religiosas e participação política entre adultos entre 34 e 65 anos, afrodescendentes e brancos. Perguntaram também em que medida essas pessoas se viam como modelos e fonte de sabedoria para os filhos e quanta importância atribuíam a valores pró-sociais. Os afrodescendentes pontuaram significantemente mais alto em todas as medidas. Os autores associaram esse resultado ao fato de os membros desse grupo viverem num contexto que valoriza mais a geratividade e o uso de ações pró-sociais como recurso de enfrentamento.

De forma similar a Carstensen, que testou a teoria de seletividade sócio-emocional entre pacientes terminais não-idosos, imaginando que a morte iminente mimetiza a redução da perspectiva temporal que ocorre na velhice, Bellizzi[12] investigou se sobreviventes de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

câncer apresentam relatos de crescimento psicológico depois de terem se recuperado, imaginando que o risco de morrer por câncer replica a condição de busca de aperfeiçoamento pessoal dos últimos anos da vida. O autor enviou questionários a uma amostra casual de 400 pacientes sobreviventes de câncer de um hospital especializado e recebeu retorno de 21%. Três coortes etárias foram examinadas — 26 a 41, 42 a 54 e 55 anos e mais. A análise mostrou que os grupos de idade não se diferenciaram em expressão gerativa, mas que os mais jovens se engajaram mais em ações gerativas do que os mais velhos. As mulheres apresentaram mais crescimento pós-traumático do que os homens e os mais velhos apresentaram menores índices desse crescimento do que os mais jovens.

Existe muito ainda a se investigar sobre a geratividade, tanto como condição típica da meia-idade e da velhice, como do curso da vida, e sobre suas relações com o ajustamento pessoal e social em diferentes contextos pessoais, sociais e culturais, inclusive no Brasil, onde o assunto ainda é praticamente inexplorado, a despeito de sua importância para o indivíduo e para a comunidade.

Sabedoria

Em todas as culturas existe uma forte associação entre sabedoria e velhice, e entre estas e experiência de vida, virtude e dignidade. A crença na sabedoria universal entre os idosos desempenha um papel perverso em reação àqueles que não parecem ou não se acreditam sábios, principalmente em ambientes que enfatizam e esperam que esse atributo lhes surja. De todo modo, a sabedoria enaltecida pelo senso comum tem grande probabilidade de significar conhecimentos pouco instrumentais para seus portadores se afirmarem socialmente, ou então é pouco relacionada com o real.

Holliday e Chandler[40] descreveram duas famílias de significados do senso comum associados à sabedoria: compreensão excepcional sobre a existência e grande capacidade de julgamento. Da primeira família fazem parte os atributos: bom senso nos julgamentos, aprendizado da vida, visão contextualizada dos fatos humanos, grande capacidade de observação, compreensão de si mesmo, capacidade de ver a essência das situações e independência de pensamento. Da segunda família fazem parte as qualidades: ter consciência de si, ser fonte de bons conselhos, ser fonte de conselhos valiosos, levar em conta todas as opiniões, pensar cuidadosamente antes de decidir, perceber e considerar todos os pontos de uma questão. Concebida dessa forma a sabedoria aparece na linguagem comum e nas expectativas sobre as mudanças positivas da velhice.

Na teoria de Erikson[27], a sabedoria é a virtude que emerge na velhice como resultado da resolução da crise psicossocial integridade *versus* desespero. Esta envolve a realização das seguintes tarefas evolutivas: formação de um ponto de vista sobre a própria existência, a morte e a transcendência, auto-aceitação e desejo de deixar um legado. Para esses autores, a emergência de sabedoria na velhice depende de uma vida rica em experiências, de motivação intrínseca e de oportunidades culturais.

Os idosos podem apresentar padrões de comportamento que lhes permitem serem apontados como sábios graças à sua capacidade de se lembrar de fatos e procedimentos, de fazer novas associações, de aventar hipóteses, de fazer análises éticas e morais e de oferecer alternativas de solução baseadas na experiência acumulada. Idosos sábios são culturalmente importantes porque são depositários da herança cultural do grupo e, como tal, atuam como fonte de conhecimento e como modelos.

Cientistas que acreditam que a sabedoria pode ser estudada cientificamente valorizam a análise das características e dos determinantes dos desempenhos sábios, e não das pessoas sábias ou da sabedoria considerada como traço, atributo ou virtude. Vista como uma classe de desempenho intelectual, a sabedoria é definida por Baltes e Smith[8] como uma classe de conhecimento altamente especializado envolvendo julgamento e aconselhamento excelentes no domínio da pragmática fundamental da vida. Um novo elemento foi introduzido no conceito por Baltes e Staudinger[11]: sabedoria é a orquestração do desenvolvimento humano em busca da excelência, tanto em termos individuais quanto coletivos. Embora a sabedoria seja vista como fenômeno que envolve características cognitivas, motivacionais e emocionais, ela não é uma variante da inteligência medida por testes convencionais, mas sim uma manifestação de inteligência prática e dos mecanismos de seleção, otimização e compensação descritos por Baltes e Baltes[5].

De início, esse paradigma pragmático de sabedoria orientou-se para estudar suas manifestações na velhice. Uma boa quantidade de dados mostrou maior probabilidade de ocorrência na velhice que em fases anteriores do desenvolvimento, porque a sabedoria

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

depende da experiência de vida acumulada. No entanto, ser idoso não é uma condição suficiente para a emergência da sabedoria, mostraram as pesquisas. Elementos tais como profissão, tipos de experiências sócio-históricas a que o indivíduo esteve exposto, riqueza de experiências pessoais, personalidade e inteligência concorrem para o aparecimento de desempenhos sábios não somente na velhice, como também em outras fases da vida. A probabilidade de sua ocorrência aumenta com a idade, porque esta acarreta acumulação de experiências relevantes, mas não existe uma relação necessária entre velhice e sabedoria. Mesmo no grupo de Berlim, liderado por P. B. Baltes, vários autores têm investigado as raízes da sabedoria na adolescência, acreditando que é importante identificar as sementes de sabedoria, porque isso é mais coerente com uma teoria *life-span* e com o objetivo de promover o aperfeiçoamento de indivíduos e de grupos[15].

Baltes e Smith[8] propõem cinco critérios para a análise de desempenhos sábios que têm sido amplamente usados na pesquisa empírica sobre conhecimentos sábios:

- Conhecimento excepcional sobre os fatos da existência. Esses fatos compreendem, por exemplo, as necessidades e as motivações humanas, as trajetórias de vida, os eventos físicos, socais e psicológicos que ocorrem na vida das pessoas, os grande temas da existência e as relações humanas;
- Conhecimento excepcional sobre formas de manejo das questões existenciais. Inclui as capacidades de planejar, selecionar e organizar informações relevantes à solução, fazer predições, montar cenários possíveis e interpretar a experiência precedente, por exemplo, apresentada nos provérbios e máximas de uma cultura;
- Capacidade de considerar o contexto ao analisar os problemas existenciais. Consiste em levar em conta elementos tais como a idade, a posição social, os valores, os interesses, as expectativas e as prioridades dos envolvidos; a época histórica, as peculiaridades de cada um; o grau de normalidade das ocorrências (em termos de freqüência na população) e a área em que o problema a ser resolvido está ocorrendo (família, vida pessoal, trabalho?). Nesse critério está incluído também o entendimento de que a vida envolve imprevisibilidade, tensões, conflitos e ambigüidades;
- Relativismo de valores. Implica na presença de flexibilidade ao interpretar histórias e decisões de vida; na consciência de que todos os julgamentos são relativos a um sistema de valor cultural e pessoal; na capacidade de separar seus valores, objetivos e experiências dos de outrem; em ser capaz de reconhecer que existem inúmeras interpretações e soluções diferentes para um mesmo problema; em suma, em ser capaz de julgar qual interpretação ou solução é a mais apropriada, dado um contexto particular de valor;
- Capacidade de compreender e de lidar com a incerteza. Envolve o reconhecimento de que nunca se pode saber tudo sobre um problema ou sobre a vida de um indivíduo, de que nem tudo é previsível e de que é preciso admitir a própria ignorância. Porém, é preciso também conhecer as estratégias para lidar com a incerteza, por exemplo construir cenários de alternativas e resultados, admitir riscos e vantagens e pressupor implicações das decisões.

Em laboratório, as situações mais utilizadas para a avaliação de desempenhos sábios são a revisão de vida, o manejo de vida e o planejamento de vida. Aos sujeitos atuando sozinhos, são oferecidos dilemas ou problemas existenciais de pessoas fictícias que devem ser analisados ou resolvidos por eles, numa tarefa descrita como "pensar alto" (o sujeito fala livremente sobre o assunto).

Concluindo esta apresentação sobre a sabedoria, considerada uma especialidade cognitiva passível de desenvolver-se em todo o curso da vida, é importante lembrar justificativas para fazer da sabedoria um foco de investigação em psicologia da inteligência na velhice:

- conhecer as possibilidades de variação nas experiências de velhice, uma vez que se sabe que nem todos os velhos são sábios e que existe independência entre sabedoria e velhice;
- identificar as características e os determinantes de uma velhice bem-sucedida no âmbito individual e sócio-cultural;
- reconhecer condições e procedimentos que permitam melhorar a adaptação dos idosos;
- estabelecer as bases para investimentos culturais e educacionais que permitam aproveitar o potencial intelectual da humanidade e dos indivíduos de todas as idades para incrementar a ciência, a arte, a tecnologia e outros ramos das atividades humanas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Conclusões

Embora as teorias de estágio ainda tenham um largo curso entre os psicólogos e embora os preconceitos científicos em relação ao envelhecimento persistam em muitos contextos, cresce a importância do paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida na psicologia do envelhecimento. Ele leva em conta a multicausalidade, a multidimensionalidade e o caráter complexo das interações entre as influências genético-biológicas e socioculturais. Dessa perspectiva originaram-se novas metodologias de pesquisa e novas perspectivas teóricas, mais orientadas à compreensão e à explicação de aspectos específicos do envelhecimento, contextualizados no curso de vida, do que à elaboração de grande sistemas.

O estudo psicológico do envelhecimento beneficia-se da ação multidisciplinar e interdisciplinar, da orientação por microteorias e micromodelos e da adoção de uma perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida.

Como as teorias e os paradigmas têm funções integrativas, sistematizadoras, preditivas e explicativas é importante realizar pesquisas e intervenções orientadas por eles. A disseminação dos conhecimentos teóricos e a realização de pesquisas teoricamente fundamentadas são vitais ao desenvolvimento da psicologia do envelhecimento e da gerontologia no Brasil.

Referências Bibliográficas

1. Ackerman S, Zuroff DC, Moskowitz DS. Generativity in midliefe and young adulthood: Links to agency, communion, and subjective well-being. International Journal of Aging and Human Development; 2000; 50 (1): 17.
2. Baltes MM. The many faces of dependency in old age. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
3. Baltes PB. Theoretical propositions of the life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology; 1987; 23: 611.
4. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. American Psychologist; 1997; 52 (4): 366.
5. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM (eds.). Successful Aging. Perspectives from Behavioral Sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
6. Baltes PB, Cornelius SW, Nesselroade JR. Cohort effects in developmental psychology. In Nesselroade JR, Baltes PB (eds.) Longitudional research in the study of behavior and development. Nova York: Academic; 1979. p. 61.
7. Baltes PB, Reese HW, Lipsitt LP. Life-span developmental psychology. In: Baltes PB, Brim, OGJ (eds.). Annual Review of Psychology; 1980; 31: 65.
8. Baltes PB, Smith J. Psicologia da sabedoria: Origem e desenvolvimento. In: Neri AL (org.). Psicologia do envelhecimento. Leituras selecionadas numa perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus; 1995. p. 41-72 (Traduzido do original de 1990.)
9. Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. Gerontologist; 2003; 49: 123.
10. Baltes PB, Smith J. Life-span psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. Research in Human Development; 2004; 1 (3): 123.
11. Baltes PB, Staudinger UM. A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue towards excellence. American Psychologist; 2000; 55: 122.
12. Bellizzi KM. Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. International Journal of Aging and Human Development; 2004; 58 (4): 267.
13. Birren JE, Kenyon GM, Ruth JE, Schroots JJF, Svensson T (eds.). Aging and Biography. Explorations in adult development. Nova York: Springer; 1996.
14. Brim OG, Wheeler S (eds.). Socialization after Childhood: Two Essays. Nova York: Wiley; 1996.
15. Brugman GM. Wisdom and aging. In Birren JE, Schaie KW (eds.). Handbook of the Psychoology of Aging. 6 ed. San Diego, Califórnia: SanDiego Elsevier; 2006. p. 445.
16. Bühler C. The curve of life as studied in biographies. The Journal of Applied Psychology; 1935; 19 (4): 405.
17. Capitanini MES, Neri AL. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In: Neri AL, Yassuda MS, Cachioni M (orgs.). Velhice bem-sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus; 2004. p. 71.
18. Carstensen, LL. Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context. Annual Review of Gerontology and Geriatrics; 1991; 11: 195.
19. Carstensen LL. Motivation for social contact across the life-span: A theory of emotional selectivity. In: Jacobs JE (orgs.). Developmental Perspectives on motivation. Nebraska Symposium on Motivation, 40. Lincoln: University of Nebraska Press; 1993. p. 209. (Traduzido para o português e publicado em Psicologia do envelhecimento, organizado por A. L. Neri para a Editora Papirus. Campinas; 1995. p. 111-144.)
20. Carus FA. Psychologie. Zweiter Theil: Specialpsychologie. Leipzig: Barth & Kummer; 1808.
21. Christiansen SL, Palkovitz R. Exploring Erikson´s psychosocial theory of development: Generativity and its relationships to paternal identity, intimacy, and involvement in childcare. Journal of Men's Studies; 1998; 7 (1): 133.
22. Cummings ES, Henry WE. Growing old: the process of disengagement. Nova York: Basic Books; 1966.
23. Diehl M. Self-development in adulthood and aging: the role of critical life events. In: Rytt C, Marshall UW (eds.). The self and society in aging processes. Nova York: Springer; 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

24. Dillon M, Wink PF, Fay K. In: spirituality detrimental to generativity? Journal for the Scientific Study of Religion; 2003; 42 (3): 427.
25. Dowd JJ. Aging as exchange: a preface to theory. Journal of Gerontology; 1975; 30: 584.
26. Erikson EH. Childhood and Society. Nova York: WW Nostrand; 1950.
27. Erikson EH, Erikson, JM, Kivnick HQ. Vital involvement in old age. Nova York: Norton; 1986.
28. Freire SA. Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade. Tese de Doutorado. Campinas: Unicamp; 2001.
29. Freud S. Una teoria sexual. In: Freud S. Obras Completas. Tradução do original em alemão de 1905. Três ensayos sobre teoria sexual, por Luiz Lopes-Ballesteros y de Torres para a Editorial Biblioteca Nueva. Madrid; 1967. v. 1. p. 771.
30. Fung HH, Carstensen LL. Sending memorable messages to the old: age differences in preferences and memory for advertisements. Journal of Personality and Social Psychology; 2003; 85 (1): 163.
31. Fung HH, Carstensen LL. Motivational changes in response to blocked goals and foreshortened time: testing alternatives to socioemotional selectivity theory. Psychology and Aging; 2004; 19 (1): 68.
32. Fung HH, Carstensen LL, Lutz AM. Influence of time on social preferences: implications for life-span development. Psychology and Aging; 1999; 14 (4): 595.
33. Grossbaum MF, Bates GW. Correlates of psychological well-being at midlife: The role of generativity, agency and communion, and narrative themes. International Journal of Behavioral Development; 2002; 26 (2): 120.
34. Hall GS. Adolescence. Nova York: Appleton; 1904.
35. Hall GS. Senescence: The Last Half of Life. Nova York: Appleton; 1922.
36. Hart HM. Generativity and Social Involvements among African-American and White adults. Dissertação de doutorado não publicada. Department of Human Development and Social Policy, Northwestern University, Evanston, IL; 1997.
37. Hart HM, McAdams DP, Hirsch BJ, Bauer JJ. Generativity and social involvement among African Americans and White adults. Journal of Research in Personality; 2001; 35 (2): 208.
38. Havighurst RJ. Developmental Tasks and Education. Nova York: Longman Green; 1951.
39. Havighurst RJ, Albrecht R. Older people. Nova York: Longmans; 1953.
40. Holliday SG, Chandler MJ. Wisdom: explorations in adult competence. Basel, Switzerland: Karger; 1986.
41. James W. Psychology. Nova York: Holt; 1892.
42. Jung C. The stages of life. 1933. In: Campbell J (ed.). The Portable Jung. Nova York: Viking; 1971.
43. Kühlen RG. Developmental changes in motivation during the adult years. In: Neugarten BL (ed.). Middle Age and Aging. Chicago: Chicago University Press; 1964.
44. Lang FR. Endings and continuity of social relationship: maximizing intrinsic benefits within personal network near the death. Journal of Social and Personal Relationship; 2000; 17 (2): 155.
45. Lang FR, Carstensen LL. Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. Psychology and Aging; 2002; 17 (1): 125.
46. Lang FR, Staudinger UM, Carstensen LL. Perspectives on socioemotional selectivity in late life: how personality and social context do (and difference). Journals-of-Gerontology:-Series-B:-Psychological-Sciences-and-Social Sciences; 1998; 53B (1): 21.
47. Lawford H, Pratt MW, Hunsberguer B, Pancer SM. Adolescent generativity: A longitudinal study of two possible contexts for learning concern for future generations. Journal of Research on Adolescence; 2005; 15 (3): 261.
48. Leher U. Psicologia de la Senectud. Proceso y Aprendijage del Envejecimiento. (Tradução do original em alemão de 1987). Buenos Aires: Herder; 1988.
49. Lerner RL. Developmental Psychology. Historical and philosophical perspectives. Hillsdadle: Earlbaum; 1983.
50. Levinson DJ. The Seasons of Man's Life. Nova York: Knopf; 1978.
51. Li SC, Freund A.. Advances in lifespan psyhology: a focus on biocultural and personal inferences. Research in Human Development; 2005; 2 (1 e 2): 1.
52. McAdams DP, Azarow,J. Generativity in black and white: Relations among generativity, race, and well-being. Ensaio apresentado na convenção da American Psychological Association, Toronto, Canada; 1996.
53. McAdams DP, de St. Aubin E. A theory of generativity and its assessment throught self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. Journal of Personality and Social Psychology; 1992; 62: 1003.
54. McAdams DP, de St. Aubin E., Logan RL. Generativity among young, midlife and older adults. Psychology and Aging; 1993; 8: 221.
55. McAdams DP, Hart HM, Maruna S. The anatomy of generativity. Generativity and Adult Development – How and why we care for the next generation. Capítulo 1; 1998.
56. McClearn GE, Johamssoon B, Berg S, Pedersen NI., Ahern F, Pettrill SA, Plomin,R. Substancial genetic influence on cognitive abilities in twins 80 and more years old. Science; 1997; 276: 1560.
57. McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. Nova York: Guilford Press; 1990.
58. Mead GH. Mind, self and society. In: Strauss A (ed.). George Herbert Mead: On Social Psychology. Chicago: University of Chicago; 1936, 1964. p. 115.
59. Nagakawa K. Explorations into the correlates of public school reform and parental involvement. Dissertação de doutorado não publicada, Department of Human Development and Social Policy, Northwestern University, Evanston, IL; 1991.
60. Neugarten BL. Continuities and discontinuities of psychological issues into adult life. Human Development; 1969; 12 (129): 121.
61. Neugarten BL. The aging society and my academic life. 1988. In: Neugarten DA (ed.). The meanings of age. Selected paper of Bernice L. Neugarten. Chicago: The University of Chicago Press; 1996. p. 1.
62. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo

MJDE (eds.). Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 49.
63. Peterson BE. Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles, and caregiving, Psychology and Aging; 2002; 17 (1): 161.
64. Piaget J. Psychologie de l'Intelligence. Paris: A. Collin; 1925.
65. Queroz NC, Neri AL. Bem-estar psicológico e inteligência emocional: um estudo comparativo com homens e mulheres adultos e idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica; 2005; 18 (2): 136.
66. Quetelet MA. Sur l´homme et le développement de ses facultés. Paris: Bachelier; 1835.
67. Riegel KF. The dialectics of human development. American Psychologist; 1976; 31: 689.
68. Schaie KW. Intellectual Development in Adulthood. The Seattle Longitudinal Study. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
69. Settersten RA, Mayer KU. Measurement of aging, age structuring, and the life course. Annual Review of Sociology; 1977; 23: 233.
70. Sommer KL, Baumeister RF. The construction of meaning from life events: Empirical studies of personal narratives. In: Wong PTP, Fry PS (eds.). The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 1998.
71. Steen B, Djurfeldt H. The gerontological and geriatric population studies in Göteborg. The Gerontology; 1993; 26: 163.
72. Tetens JN. Philosophische Versucheüber die menschlieche Natur und ihre Entwicklung. Leipzig: Weidemanns Erben und Reich; 1777.
73. Yerkes RM. Psychological Examining in the United State Army. Washington, DC: National Academy of Science; 1921.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

6 Teorias Sociológicas do Envelhecimento

Célia Pereira Caldas

Introdução

Embora a preocupação com o envelhecimento exista desde a mais remota Antiguidade, foi no século XIX que se disseminou um pensamento gerontológico no bojo de questões médicas e biológicas. A preocupação com os determinantes sociais do envelhecimento, bem como com o estudo do ajuste do indivíduo à sociedade ao longo do ciclo de vida surgiram apenas no século XX, principalmente na sua segunda metade.

Hendricks e Achenbaum[11], ao relatar o desenvolvimento histórico das teorias do envelhecimento, contam que Nascher, o fundador da geriatria, foi também um precursor da sociologia médica. Sua histórica obra, *Geriatria*, publicada em 1907, tinha como subtítulo *As doenças da velhice e seu tratamento, incluindo o envelhecimento fisiológico, o cuidado domiciliário e institucional e as relações médico-legais*. Esta obra introduz o termo *geriatria* e estabelece a agenda para análises abrangentes e integrativas das condições de vida na velhice.

Em 1922, G. Stanley Hall publicou *Senescência*. Na obra, o autor utiliza o conceito de "senectude bem-sucedida", criticando os arranjos sociais contemporâneos. O texto mescla resultados da pesquisa básica sobre o envelhecimento com sugestões práticas para os idosos. Nos anos anteriores à Segunda Guerra Mundial, as abordagens "holísticas" ganham força nos Estados Unidos. Os cientistas passaram a se preocupar com o estabelecimento de uma "grande teoria" que abrangesse todo o conhecimento de outras disciplinas para explicar o envelhecimento. A realização mais destacada deste período foi a obra *Problemas do Envelhecimento*, de 1939, organizada e editada por E.V. Cowdry, que, com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos, recrutou 25 cientistas. Esta obra permanece como um marco pelo qual se pode avaliar os esforços subseqüentes para a construção teórico-gerontológica.

John Dewey, o mais importante filósofo norte-americano nesta época, enfatizava a dificuldade inerente ao fato de se desconectar dados "científicos" do contexto "social". Ele foi um precursor do reconhecimento de que, independentemente dos mecanismos subjacentes, as expressões das nuances dos contextos sociais podem traduzir a diferença entre o que Rowe e Kahn (1987) se referiram meio século depois como envelhecimento normal ou bem-sucedido.

O esforço para gerar teorias ressurge no pós-guerra. Mas agora cada área se preocupa com seus objetivos próprios, sem buscar uma integração de conhecimentos com as outras. Assim, a biologia desenvolve as teorias biológicas do envelhecimento e as ciências humanas e sociais desenvolvem as teorias psicológicas e sociais.

Os biólogos assumem como definição de envelhecimento "uma série de mudanças letais que dimi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo" e passam a se preocupar com a busca dos fatores determinantes ou marcadores do envelhecimento.

Nas ciências sociais, principalmente na psicologia e na sociologia, tem havido maior esforço para gerar teorias do envelhecimento. Na psicologia, o envelhecimento é visto como parte do processo de desenvolvimento humano. Algumas teorias psicológicas do envelhecimento abordam características amplas como a personalidade, enquanto outras exploram facetas particulares da percepção ou da memória. Em qualquer caso, o propósito da psicologia do desenvolvimento adulto e do envelhecimento é explicar como o comportamento se organiza no adulto e em quais circunstâncias se torna ótimo ou desorganizado.

As teorias sociológicas do envelhecimento têm como foco o estudo da maneira pela qual indivíduo se ajusta à sociedade à medida que envelhece e de como a estrutura social determina o processo de envelhecimento. A sociologia tende a examinar as variáveis estruturais sociais em nível macro e costuma realizar inquéritos para buscar relações entre estruturas sociais amplas e a situação dos indivíduos dentro destas estruturas.

O Desenvolvimento Teórico da Sociologia do Envelhecimento

O envelhecimento pode ser um fenômeno universal, mas seu impacto e seu significado são mediados por fatores econômicos, estruturais e culturais. Ao tratar das teorias sociológicas do envelhecimento, na *Enciclopédia Internacional das Ciências Sociais e Comportamentais*, Schaie[19] distingue as teorias antropológicas das teorias genuinamente sociológicas.

Schaie[19] relata que o interesse no envelhecimento chegou relativamente tarde para a Antropologia. Apenas em 1945 surge alguma preocupação com o idoso, por meio de uma pesquisa sobre o seu papel em 71 sociedades primitivas. De que maneira as diferenças de idade são incorporadas em determinada ordem social e como elas são modeladas pelas culturas humanas, transformando o processo de amadurecimento em idéias sobre idade e envelhecimento têm sido temas prevalentes nas teorizações antropológicas sobre o envelhecimento. Os antropólogos também fazem distinção entre as teorias sobre a velhice e aquelas sobre o processo de envelhecimento ou sobre os idosos. As teorias sobre a velhice explicam fenômenos sociais e culturais, como a forma com que a idade é usada como um indicador para regular a vida social e as lides da vida cotidiana. As teorias sobre o processo do envelhecimento são teorias sobre as mudanças experimentadas durante o curso da vida e as interdependências entre as diferentes gerações. Finalmente, as teorias sobre os idosos focam a idade avançada, descrevendo a velhice não apenas como um problema médico e econômico, mas também como um problema social, na medida em que gera a necessidade de suporte social e prestação de cuidados.

Para Schaie[19], as teorias de curso de vida representam uma abordagem genuinamente sociológica. Grande parte desta teorização ocorre subseqüentemente ao reconhecimento de que o envelhecimento individual acontece concomitantemente às mudanças sociais. Esta perspectiva será descrita posteriormente, pois, de acordo com Hendricks e Achenbaum[11], ela é fruto da terceira geração das teorias sociológicas do envelhecimento, cujo desenvolvimento passaremos a descrever.

Na sociologia do envelhecimento existem três gerações distintas de teóricos do envelhecimento – cada uma com seus subtemas e inovações metodológicas. A seguir, é apresentado o desenvolvimento das teorias sociológicas de acordo com Hendricks e Achenbaum[11]:

Primeira Geração – 1949 a 1969

A primeira geração (1949 a 1969) caracterizou a gerontologia social e teve como precursoras as obras *Personal Adjustment in Old Age*[3] e *Older People*[10] – marcos teóricos da gerontologia social. Baltes e Carstensen[2] apontam que a gerontologia social inclui e freqüentemente mistura teorias sociológicas e psicológicas, o que leva a uma falta de clareza quanto aos pressupostos e à origem disciplinar de certas teorias. De fato, Hendricks e Achenbaum[11] apontam que os esforços desta geração se alinhavam com as abordagens da Psicologia Social e tratavam das várias formas de atividade e satisfação de viver. Para explicar o ajuste em face do suposto declínio entre os idosos, estas abordagens baseavam-se em fatores de nível micro, como papéis, normas e grupos de referência.

As teorias desta geração destacam o indivíduo como a unidade de análise no seu esforço de explicar os padrões ótimos e os padrões não-funcionais de ajuste. Estas teorias foram apresentadas como modelos aplicáveis universalmente, independentemente de arranjos contextuais ou sociais. Virtualmente sem exceção, os primeiros esforços se concentraram no ajuste

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

individual, com os fatores sociais considerados inquestionavelmente dados. São alguns exemplos de teorias sociológicas da primeira geração a Teoria do Desengajamento[5], a Teoria da Atividade[3,10], a Teoria da Modernização[4] e a Teoria da Subcultura[18].

Algumas Teorias Sociológicas da Primeira Geração

Teoria do Desengajamento[5]

O termo "desengajamento" refere-se a uma inevitável fuga dos idosos dos papéis característicos da meia-idade, que resulta na diminuição da interação entre a pessoa que envelhece e os outros, no sistema social ao qual ela pertence. A Teoria do Desengajamento tentou explicar o envelhecimento humano como um processo no qual haveria um afastamento progressivo e mútuo entre o indivíduo e as estruturas sociais.

A teoria examina o processo do envelhecimento em termos das necessidades e requisitos da sociedade. Os indivíduos são vistos como agentes passivos no sistema social. Esta teoria argumenta que o processo de desengajamento é funcional tanto para a sociedade quanto para o indivíduo, pois abre espaço para os jovens, considerados mais eficientes, ao mesmo tempo que permite aos idosos se prepararem para sua saída completa da sociedade – a morte.

De acordo com Passuth e Bengtson[15], apesar de suas limitações, esta teoria teve um profundo efeito no campo da Gerontologia Social. Foi a primeira teoria formal a tentar explicar o processo de envelhecer do ponto de vista social. Além disso, encorajou o desenvolvimento de teorias que a ela se opunham.

Embora tenha sido altamente criticada, elementos desta perspectiva — especialmente o papel da sociedade na exclusão dos idosos, afastando-o de posições valorizadas — têm sido retomados e aplicados em novas contextualizações.

Teoria da Atividade[3,10]

Opõe-se diretamente à Teoria do Desengajamento. Argumenta que quanto mais ativa é a pessoa, maior será sua satisfação com a vida. Ou seja, o autoconceito do indivíduo tem relação com os papéis que ele mantém na sociedade. Com a velhice vem a perda de papéis (por exemplo: aposentadoria, viuvez). Esta teoria defende que, para manter um positivo senso do *self*, os idosos devem substituir os papéis perdidos por novos. Ou seja, o bem-estar na idade avançada resulta do aumento de atividade em novos papéis. Portanto, de acordo com esta teoria, as pessoas que conseguem um envelhecimento bem-sucedido são as que se mantêm ativas. A teoria da Atividade apontou que as ocupações são um importante fator para a adaptação ao envelhecimento, porque permitem a expressão de um novo *self*. Ekerdt[8] descreveu que muitas e diferentes atividades de lazer podem dar significado ao período da aposentadoria porque, enquanto as pessoas são ativas e entusiasmadas, criam um clima sucedâneo do trabalho e, assim, satisfazem a forte ética do trabalho existente na sociedade ocidental. As atividades podem ser uma forma de continuar ou compensar a perda dos papéis produtivos, como o trabalho e a criação dos filhos.

Esta teoria tornou-se uma justificativa conceitual para muitos programas e intervenções para os idosos. No entanto, ela parte de uma generalização que nem sempre corresponde à realidade: a de que a atividade social por si só é benéfica e resulta em grande satisfação com a vida. Assumindo que todas as pessoas idosas necessitam e desejam altos níveis de atividade social, esta perspectiva ignora variações no significado de determinadas atividades nas vidas do idoso.

Teoria da Modernização[4]

Esta teoria tenta explicar variações no *status* de idade, tanto historicamente quanto entre diversas sociedades. Ela sugere que o *status* social do idoso é derivado do seu relacionamento com os sistemas de papéis sociais que variam entre sociedades, dependendo do grau de industrialização (ou modernização).

De acordo com esta teoria, o *status* do idoso é inversamente proporcional ao nível de industrialização da sociedade em que ele vive. Nas sociedades pré-industriais, os idosos teriam um alto *status*, porque deteriam o conhecimento dos poucos recursos materiais e da tradição social. Nas sociedades industrializadas, a incorporação de elementos da modernização (a tecnologia da saúde, a tecnologia econômica, a urbanização e a educação em massa) resulta na diminuição do *status* dos idosos.

De acordo com Passuth e Bengtson[15], as críticas a esta teoria vêm do fato de que ela "romanceia" as sociedades pré-industriais, como se em todas elas os idosos vivessem em habitações multigeracionais, de-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tivessem o controle sobre os recursos e fossem fontes da tradição e informação social. Esta é uma visão popular que foi incorporada pela teoria e não corresponde à realidade, ou que pelo menos não poderia ter sido generalizada. Portanto, a teoria da modernização foi posteriormente desafiada por sua crença em uma sociedade pré-industrial ideal para o idoso, bem como pela noção de uma associação simples e linear entre o grau de industrialização e o *status* do indivíduo.

Teoria da Subcultura[18]

Esta teoria defende que os idosos desenvolvem sua própria sub-cultura na sociedade. Este fato resulta da sua exclusão da interação com outros grupos etários; do aumento da sua interação com outros idosos e da existência de políticas segregacionistas e de crenças e interesses comuns aos idosos. Enquanto subcultura, os idosos criam normas e valores específicos em seu grupo. O fato da subcultura da velhice ser transversal a outras distinções de *status*, como o gênero, a etnia e a classe social, caracterizaria o grupo dos idosos como um grupo com identidade própria.

Um exemplo desta subcultura é o desenvolvimento de grupos de ativistas do envelhecimento como o Gray Panthers e a American Association of Retired Persons (AARP), nos Estados Unidos. No entanto, muitos questionamentos surgiram sobre a hipótese de os idosos constituírem uma minoria. De acordo com Passuth e Bengtson[15], alguns pesquisadores indicam que os idosos não compartilham uma consciência de ser um grupo social. Além disso, não se pode observar uma homogeneidade se forem verificados, por exemplo, seus padrões de voto ou atitudes e valores.

Segunda Geração – 1970 a 1985

A segunda geração das teorias sociológicas do envelhecimento (1970 a 1985) adotou uma abordagem estrutural em nível macro. O foco estava nas formas pelas quais as condições estruturais cambiantes ditam os parâmetros do processo de envelhecimento e a situação do idoso como uma categoria coletiva. Reagindo aos seus pares da primeira geração, os teóricos da segunda geração sugerem que o foco no indivíduo é reducionista e desnecessário. Esta abordagem considera que as pessoas envelhecem de acordo com a maneira que a sociedade se organiza, com a agenda política, e com o posicionamento dos indivíduos na hierarquia social. A unidade de análise nesta concepção é a circunstância estrutural e não os atributos derivados do indivíduo. São alguns exemplos das teorias sociológicas da segunda geração a Teoria da Continuidade[1], a Teoria do Colapso de Competência[12], a Teoria da Troca[7], a Teoria da Estratificação por Idade[17] e a Teoria Político-Econômica do Envelhecimento[13, 21]

Algumas Teorias Sociológicas da Segunda Geração

Teoria da Continuidade[1]

O idoso vai ajustando seus antigos papéis a novos papéis. A personalidade básica, as atitudes e comportamentos permanecem constantes ao longo da vida.

A teoria da continuidade sustenta que, ao fazer escolhas adaptativas, os adultos de meia-idade e mais velhos tentam preservar e manter suas estruturas internas e externas. Eles preferem atingir este objetivo através de estratégias ligadas à sua experiência de vida e ao seu mundo social. A mudança tem relação com a continuidade do que foi vivido ao longo da vida e ocorre de acordo com as características psicológicas internas, ajustando o seu comportamento às circunstâncias sociais. Continuidade é, portanto, uma grande estratégia adaptativa, promovida por escolha individual e levando em conta a aprovação social.

Teoria do Colapso de Competência[12]

Esta perspectiva teórica é derivada de muitas outras tradições que explicam a interdependência existente entre o idoso e seu mundo social. O "colapso de competência" se refere ao processo pelo qual um indivíduo vulnerável recebe mensagens negativas de seu meio social e as incorpora ao autoconceito, produzindo uma espiral descendente de efeito negativo. Kuypers e Bengtson[12] aplicaram estas idéias à competência social do idoso e às conseqüências negativas que acompanham as crises que freqüentemente ocorrem com o avançar da idade como por exemplo a perda da saúde, a morte do cônjuge etc.

De acordo com Passuth e Bengtson[15], os autores sugerem que um idoso, cujo autoconceito já seja vulnerável devido à perda de papéis ou aos estereótipos negativos relativos à idade pode vivenciar uma espiral negativa, como na seguinte situação: após uma crise gerada por um problema de saúde o idoso pode ser "rotulado" como dependente pelo meio social

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

(pelos profissionais de saúde e/ou pela família); com isso, ele se inibe, atrofiando suas competências anteriores e o adotando o auto-conceito de doente, inadequado ou incompetente. Tal situação leva a mais vulnerabilidade, e o ciclo negativo ocorre de novo, com mais conseqüências negativas para a competência social e psicológica.

Teoria da Troca[7]

Esta teoria tenta explicar porque o idoso tende a fugir da interação social. Ela argumenta que os idosos têm menor poder ao confrontar-se com os jovens, uma vez que possuem menos recursos (ex: menor salário, menos educação, menos saúde). O resultado é que os idosos tendem a diminuir sua participação na vida social. Apenas aqueles que têm recursos necessários para sustentar um relacionamento com outros grupos etários permanecem ativamente engajados na vida social.

Passuth e Bengtson[15] apontam que a perspectiva puramente econômica desta teoria resulta em certas limitações. Embora as interações sociais envolvam um "dar e receber", a teoria julga todas as interações de um ponto de vista racional. Não levando em conta questões não-racionais, como os sentimentos envolvidos no relacionamento, por exemplo. Além disso, a teoria ignora a qualidade dos relacionamentos, definindo as interações sociais apenas em termos do número de contatos e não da qualidade destes. Portanto, o foco na quantificação das trocas ignora que os indivíduos definem e redefinem o significados do que vem a ser "recompensa" e "custo" nos relacionamentos.

Teoria da Estratificação por Idade[17]

Este modelo teórico examina o sucessivo movimento de coortes de nascimento ao longo do tempo. Uma coorte é um grupo de pessoas nascidas no mesmo período da história e que envelhecem juntas. Cada coorte é única porque tem suas próprias características e vivencia eventos históricos particulares, que afetam as atitudes e o comportamento de seus integrantes.

De acordo com Passuth e Bengtson[15], a limitação desta teoria é que, embora o conceito de coorte seja uma ferramenta poderosa para entender a experiência de envelhecer, a teoria tende a reificar a idade cronológica ou o ano de nascimento. Ao assumir que as pessoas nascidas em um mesmo ano experimentam a velhice da mesma maneira, a teoria ignora que fatores situacionais na vida cotidiana dos indivíduos tornam a experiência de envelhecer muito diferente para cada um deles. A experiência de envelhecer depende de outros determinantes, que só serão levados em conta pela terceira geração de teóricos da sociologia do envelhecimento.

Teoria Político-econômica do Envelhecimento[13,21]

Esta perspectiva teórica foca o Estado e sua relação com a economia em uma sociedade capitalista para explicar a situação do idoso. Ao examinar a criação de programas sociais dirigidos aos idosos, por exemplo, os economistas políticos apontam que estes atendem principalmente aos interesses do capitalismo, freqüentemente gerando efeitos adversos para seu público-alvo.

Passuth e Bengtson[15] acrescentam que, embora esta perspectiva teórica tenha expandido o estudo do envelhecimento, abordando o contexto social de forma mais ampla em relação aos problemas do envelhecimento, ela tende a supervalorizar o empobrecimento e a desvalorização que o idoso vem sofrendo historicamente, nas sociedades industriais. Na verdade, alguns pesquisadores apontam que, ao contrário, grande parte dos idosos na sociedade americana, constituem um grupo muito saudável, vivendo em relativo bem-estar econômico. Ou seja, esta abordagem não leva em conta a variedade de meios sociais nos quais os idosos vivem e desenvolvem seus próprios significados da experiência de envelhecer.

Terceira Geração (Década de 1990)

A terceira geração de teorias sociológicas do envelhecimento (década de 1990) busca uma posição intermediária. Os atores são vistos como contribuintes ativos para os seus próprios mundos. A perspectiva é fazer a síntese das duas gerações anteriores. A terceira geração incorpora a preocupação estruturalista com a distribuição de recursos, os aspectos econômicos e os rumos da economia; mas também reconhece que os atores criam significado e que até a estrutura tem nuances distintas, dependendo de como é vista pelos atores. Talvez a transição mais importante tenha sido o reconhecimento de que envelhecer é um processo com base em experiências, que não ocorre isoladamente e que é altamente influenciado pelas condições do entorno. Estes teóricos buscam fazer uma

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ponte entre os aspectos sociais, os significados culturais e individuais atribuídos a eles e e as forças sociais que geram os padrões para a vida. Exemplos de vertentes teórico-sociológicas da terceira geração são o construcionismo social, a teoria crítica e a perspectiva de curso de vida.

Construcionismo Social

Os indivíduos criam e mantêm significados para suas vidas. O comportamento individual constrói a realidade. O construcionismo social reconhece que os indivíduos participam ativamente da criação e manutenção de significados para suas vidas diárias. Este processo é dialético – o comportamento individual produz uma realidade, que por sua vez, influencia a vida dos indivíduos.

De acordo com Gubrium e Holstein[9], o construcionismo social inclui várias perspectivas teóricas, entre elas a fenomenologia, o interacionismo simbólico e a etnometodologia. Estas perspectivas não se preocupam com explicações causais sobre o mundo social, seu foco é a busca de significados no cotidiano. Isto resulta em descrições analíticas de como as categorias sociais e as formas de envelhecer ocorrem na vida cotidiana, como são administradas e como se organizam socialmente. Em outras palavras, construir é produzir, trabalhar na constituição do mundo no qual vivemos, incluindo o processo de envelhecer como a constituição de visões de mundo.

Teoria Crítica

Siqueira[20] relata que as teorias desta vertente são fundamentadas na tradição européia representada pela Escola de Frankfurt e por pensadores como Adorno, Horkheimer, Habermas, Husserl e Schultz. Estas proposições emergiram na gerontologia agrupadas sob a denominação de teoria crítica ou gerontologia crítica. A teoria crítica é baseada em valores e interesses humanos de emancipação da dominação. A dialética dos interesses humanos produz o conhecimento emancipatório[14].

Sendo um dos gerontólogos críticos, Moody[14] destaca que a capacidade de predição e controle que as teorias tradicionais buscam pode ser utilizada para propósitos de dominação e tirania. Este processo é uma descrição do destino do envelhecimento no mundo moderno. Há uma progressiva erosão do sentido da profissionalização e do bem-estar social ligado ao aumento da importância da gerontologia científica. O alcance da Razão instrumental através da tecnologia biomédica nos permite prolongar a vida. Entretanto, a distorcida estrutura de comunicação da sociedade contemporânea leva a uma gradual perda do sentido do envelhecimento em si.

Ao contrário, o conhecimento emancipatório tem como interesse primário o objetivo do empoderamento na prática da liberdade. Uma gerontologia crítica deve conter um ideal emancipatório. O que é essencial na verdade é a idéia de desenvolvimento na dimensão integral da vida. Sem este ideal "utópico" de desenvolvimento, o envelhecimento corre o risco de se tornar uma profecia auto-realizada de declínio, um peso para a sociedade ou o desespero privado. O delineamento de um conteúdo positivo para "significado e desenvolvimento" na velhice é uma tarefa para o futuro. A gerontologia crítica deve começar desafiando a dicotomia existente entre fato e valor, interpretação e explicação. Desafiar esta dicotomia significa recusar-se a aceitar qualquer irrevogável conexão entre sentido e causalidade, ação e comportamento.

Moody[14] continua afirmando que ao se construir teorias do envelhecimento com uma intenção emancipatória, as categorias da historicidade e emancipação não podem ser separadas. O envelhecimento ideal não é uma escolha subjetiva e acrítica – depende de possibilidades históricas concretas. Historicizar o conteúdo da emancipação significa olhar para a experiência concreta de vida: os eventos da vida e as mudanças nas vidas de coortes de idades específicas, além da política econômica para o envelhecimento. Estas condições estruturais formam o cenário para as escolhas individuais e coletivas.

Os teóricos nesta linha buscam como ideal o desenvolvimento humano. O envelhecimento é visto como possibilidade de emancipação, autonomia, sabedoria e transcendência. Moody[14] destaca que o discurso emancipatório deve estar no cerne das teorias do envelhecimento e desenvolvimento no curso da vida. E é este interesse que faz emergir a demanda para uma práxis emancipatória, em oposição às estruturas sociais, como as do trabalho, os papéis sexuais, os estereótipos de idade, ou as estruturas de ordem política.

Opor-se aos limites impostos ao desenvolvimento humano não é o mesmo que se opor às estruturas sociais de dominação. É marcante o abismo existente entre as políticas públicas, dominadas pela razão instrumental a serviço do "bem-estar" social, e a riqueza da vida revelada na dimensão humana do envelheci-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mento. A idade avançada pode tornar-se uma abertura através da qual as forças de dominação passam a ser vistas como elas realmente são. Isto pode ser confirmado pelo testemunho dos idosos, quando refletem sobre sua experiência de vida. É freqüente que muitos revelem que foi na idade que eles acordaram para resistir e se libertar da dominação. Sem romancear e sentimentalizar a velhice, é possível ao idoso recuperar dimensões da vida tais como a contemplação – exemplo de valor que a modernidade rejeitou.

Perspectiva do Curso de Vida

Esta perspectiva não é uma teoria em si, mas um conjunto de conceitos que conduz à pesquisa e à interpretação de dados. De acordo com Schaie[19], as teorias desenvolvidas com a perspectiva do curso de vida geralmente representam um conjunto de três princípios. Primeiro, as maneiras de envelhecer e as estruturas do curso da vida dependem na natureza da sociedade na qual os indivíduos participam. Segundo, embora a interação social seja tradicionalmente valorizada como tendo maior influência na formação do indivíduo, esta interação continua sendo crucial ao longo do curso da vida. Terceiro, que as forças sociais exercem influência sobre os indivíduos de todas as idades, em qualquer ponto do tempo.

O autor continua, afirmando que, no entanto, este pensamento leva a três significativos problemas conceituais:

1. a tendência de igualar a significância das forças sociais com as mudanças sociais;
2. a negação da variabilidade intra-coorte;
3. a problemática afirmação de que as escolhas determinam o curso da vida.

De acordo com Dannefer e Uhlenberg[6], os fenômenos do curso da vida podem ser tratados em três níveis de análise. Primeiro, no nível individual, a estrutura da vida pode ser examinada do nascimento à morte. Segundo, pode-se examinar os padrões coletivos das vidas individuais em uma população. Terceiro, é possível examinar a representação social do curso da vida em termos do conhecimento socialmente compartilhado e da demarcação dos eventos e papéis vivenciados. Para cada um destes níveis é possível especificar aspectos pessoais que fazem parte do todo, bem como fatores contextuais permanentes que foram internalizados desde estágios precoces do desenvolvimento. Um outro nível transversal de análise pode ser examinado: é a identificação das forças sócio-culturais e interativas que moldam o curso da vida.

Esta perspectiva reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade. Siqueira[20] aponta que a perspectiva de curso de Vida vem sendo usada para análise de questões como a natureza dinâmica e processual do envelhecimento; a maneira como o envelhecimento é moldado pelo contexto, pela estrutura social e pelos significados culturais; e a forma com que o tempo, o período histórico e a coorte moldam o processo de envelhecimento, tanto para indivíduos como para grupos sociais.

De acordo com esta teoria, o critério idade não é o único usado pela sociedade para organizar o curso de vida. Há também critérios de classe social, etnia, profissão e educação, que se entrelaçam com a idade para determinar a posição dos indivíduos e dos grupos na sociedade. Em sociologia, esta vertente teórica pode ser identificada a partir da teoria da estratificação por idade (segunda geração), mas se firma como uma perspectiva de terceira geração.

O Paradigma "Envelhecimento e Sociedade"

Na *Enciclopédia Internacional das Ciências Sociais e Comportamentais,* Schaie[19] destaca como um eminente exemplo de teoria social do envelhecimento o paradigma "envelhecimento e sociedade", desenvolvido por Riley e col.[16]. Este paradigma enfatiza tanto as pessoas quanto as estruturas sociais, apontando um relacionamento sistêmico entre estes elementos. Este paradigma inclui a perspectiva de curso de vida, mas enfatiza que as estruturas sociais têm maior significado do que meramente garantir um contexto para as vidas das pessoas.

A teoria começa desenvolvendo a noção que, em toda sociedade, a idade organiza a vida das pessoas e as estruturas sociais em estratos que vão do mais jovem ao mais idoso, levantando questões sobre como os estratos etários e as estruturas sociais orientados pela idade surgem e se inter-relacionam. A partir daí, é definido que as mudanças nas vidas e nas estruturas são interdependentes, mas processos distintos. O dinamismo das mudanças começa com o reconhecimento das diferenças de coorte. À medida que sociedade muda, os membros de diferentes coortes envelhecerão de maneiras diferentes. Em uma terceira fase, este para-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

digma especifica a natureza e a implicação da interdependência e o assincronismo destes dois dinamismos. Uma quarta fase lida com futuras transformações dos conceitos sobre envelhecimento, introduzindo a noção de que, no futuro, a velhice estará muito mais integrada à estrutura etária da sociedade.

Considerações Finais

O propósito deste capítulo foi apresentar o desenvolvimento das teorias sociológicas do envelhecimento. Utilizando a literatura clássica do campo da Gerontologia, procuramos examinar os caminhos seguidos pelos teóricos do envelhecimento humano no sentido de sistematizar explicações para ampliar a compreensão do significado de envelhecer numa sociedade em constante transformação.

Fica evidente como foi sendo desenvolvido um pensamento que passa a considerar a heterogeneidade uma das principais características da velhice. Ou seja, a grande "descoberta" da sociologia do envelhecimento no final do século XX foi a de que os idosos não podem ser tratados como uma categoria única. Cada trajetória de vida precisa ser considerada separadamente: embora seja possível identificar padrões de comportamento e de ajuste à sociedade, a inter-relação entre as estruturas sociais, bem como as forças sociais que moldam o envelhecer de cada indivíduo.

Com o rápido aumento da população idosa, é possível prever que será necessário o desenvolvimento de outras teorias sociais que dêem conta deste fenômeno já transformador da a sociedade como um todo. A perspectiva teórica "envelhecimento e sociedade" aponta para um futuro no qual os idosos estarão muito mais integrados à sociedade e não mais serão considerados uma minoria social. As atuais abordagens teóricas ainda não dão conta deste fenômeno. Portanto, cabe aos gerontólogos o compromisso com o desenvolvimento de pesquisas bem fundamentadas teoricamente e que apontem para a continuidade do desenvolvimento teórico da gerontologia.

Bibliografia

1. Atchley RC. A continuity theory of normal aging. Gerontologist; 1989; 29: 183.
2. Baltes MM, Carstensen LL. Social-psychological theories and their applications to aging: from individual to collective. In: Bengtson VL e Schaie KW (eds.). Handbook of Theories of Aging. New York: Springer Publishing Company; 1999. p. 209.
3. Cavan RS et al. Personal adjustment in old age. Chicago: Science Research Associates; 1949.
4. Cowgill DO, Holmes LD. Aging and modernization. New York: Appleton-Century-Crofts; 1972.
5. Cumming E, Henry WE. Growing old: the process of disengagement. New York: Basic Books; 1961.
6. Dannefer D, Uhlenberg P. Paths of the Life Course: a Typology. In: Bengtson VL, Schaie KW (eds.). Handbook of theories of Aging. Springer Publishing Company: New York; 1999, 306.
7. Dowd JJ. Aging as exchange: a preface to theory. Journal of Gerontology; 1975; 30: 584.
8. Ekerdt DJ. The busy ethic: moral continuity between work and retirement. Gerontologist; 1986; 36:221.
9. Gubrium JF, Holstein JA. Construcionist Perspectives on Aging. In: Bengtson VL, Schaie KW (eds.). Handbook of Theories of Aging. New York: Springer Publishing Company; 1999, 287.
10. Havinghurst RJ, Albrecht R. Older People. New York: Longmans; 1953.
11. Hendricks J, Achenbaum A. Historical Development of theories of aging. In: Bengtson VL, Schaie KW (eds.). Handbook of Theories of Aging. New York: Springer Publishing Company; 1999, 21.
12. Kuypers JA, Bengtson VL. Social breakdown and competence: a model of normal aging. Human Development; 1973; 16:181.
13. Minkler M. Introduction. In: MinklerM, Estes CL (eds.). Readings in the political economy of aging. New York: Baywood; 1984.
14. Moody HR. Toward a critical Gerontology: The contribution of the Humanities to Theories of Aging. In: Birren JE, Bengtson VL(eds.). Emergent Theories of Aging. New York: Springer Publishing Company. 1988. p. 19.
15. Passuth PM, Bengtson VL. Sociological Theories of Aging: current perspectives and future directions. In: Birren JE, Bengtson VL (eds.). Emergent Theories of Aging. New York: Springer Publishing Company. 1988. p. 333.
16. Riley MW, Foner A, Riley JW Jr. The aging and society paradigm. In: Bengtson VL, Schaie KW (eds.). Handbook of theories of Aging. New York: Springer Publishing Company; 1999. p. 327.
17. Riley MW, Johnson M, Foner A. Aging and society. Vol 3: a sociology of age stratification. New York: Russel Sage Foundation; 1972.
18. Rose AM. The subculture of aging: A framework for research in social gerontology. In: Rose AM, Peterson WA (eds.). Old people and their social world . Filadélfia: F.A. Davis; 1965. p. 3.
19. Schaie KW. Theories of Aging. In: Smelser NJ, Baltes PB (eds). International Encyclopedia of the Social e Behavioral Sciences. Elsevier Science; 2001. p. 317.
20. Siqueira MEC. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: Freitas EV et al. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 47.
21. Walker A. Towards a political economy of old age. Aging and Society; 1981; 1: 73.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

7 Biologia e Teorias do Envelhecimento

Matheus Papaléo Netto
Eurico Thomaz de Carvalho Filho
Yolanda Maria Garcia

Introdução

O fenótipo do envelhecimento, representado por marcadores típicos como perda do peso, redução da massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada etc., é o reflexo de um somatório de alterações somáticas que, mais rápida ou mais lentamente, estarão presentes em todos os idosos. Tais manifestações, embora bem evidentes e facilmente observáveis, não têm ainda esclarecidos os mecanismos envolvidos em sua gênese, apesar de o envelhecimento biológico ser um fenômeno universal e comum a praticamente todos os animais. Permanecem até hoje dúvidas a respeito dos mecanismos que acarretam modificações profundas nas funções orgânicas de indivíduos idosos, particularmente daqueles que atingem idades mais avançadas, e do que transforma adultos saudáveis em velhos frágeis, com redução das reservas funcionais e aumento exponencial da vulnerabilidade a muitas doenças e, conseqüentemente, à morte.

A existência de numerosos conceitos por si só deixa clara a dificuldade de entender o processo de envelhecimento. Entre todas as definições existentes, cremos que a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. Como se percebe, apesar de ser a melhor encontrada, esta definição está longe de vislumbrar os intrincados caminhos que levam o indivíduo a envelhecer. Os motivos para essa falta de conhecimento devem-se, pelo menos em parte, à negligência dos biologistas durante décadas.

Seguramente, uma das justificativas para a compreensão do processo de envelhecimento é a exata definição de seu início. Independentemente da opinião de que o início do envelhecimento comece já na fase de concepção, como querem alguns autores; entre a segunda e terceira décadas da vida, como admitem outros; ou, como defende Makinodan e col.[16], nas fases mais avançadas da vida, o que se pode afirmar com certeza é a inexistência de um ponto ou limite de transição semelhante ao que se acha presente entre as fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade. Isto se deve a dois fatos: em primeiro lugar, à carência de marcadores biológicos eficazes e confiáveis deste fenômeno, e, em segund o, à própria natureza do envelhecimento, cujas perdas funcionais caracteristicamente tendem a ser lineares em função do tempo. Esse conjunto de fatores tem dificultado as pesquisas que tencionam explicar a gênese do processo de envelhecimento.

Apesar de centenas de trabalhos publicados a cada ano mostrarem os efeitos da idade em nível celular e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

molecular, os principais mecanismos do envelhecimento permanecem ainda desconhecidos. Há mais de 30 anos, no entanto, publicações baseadas em trabalhos experimentais têm revelado o papel exercido por numerosos fatores externos e internos e a existência de várias teorias que, por diferentes mecanismos, procuram explicar o processo de envelhecimento. Fortes evidências têm levado a acreditar que os mecanismos de envelhecimento devem ser relacionados com a capacidade de sintetizar proteínas. Elas correspondem habitualmente a cerca de 15% dos componentes orgânicos, e são responsáveis não só pela constituição das estruturas dos órgãos, tecidos e enzimas, como também por compor os sistemas bioquímicos, relacionados à produção de energia.

Mecanismo de Síntese Protéica

A unidade funcional de herança, denominada por Johansen em 1909 como gene, localiza-se nos cromossomos e é responsável pela formação de uma cadeia polipeptídica específica. A sua constituição química foi descoberta em 1944, quando se observou ser ele formado pelo ácido desoxirribonucléico (ADN). Na sua composição distinguem-se três componentes fundamentais: o açúcar, 2-desoxi-D-ribose, o ácido fosfórico e as bases nitrogenadas. Destas, duas são purínicas (adenina e guanina) e duas pirimidínicas (timina e citosina). A molécula de ADN é composta por duas cadeias espirais entrelaçadas formadas, alternadamente, pela 2-desoxi-D-ribose e pelo ácido fosfórico (Fig. 7.1). Unidas ao açúcar estão as bases nitrogenadas. As duas espirais encontram-se unidas por pontes de átomos de hidrogênio localizadas entre as bases (Fig. 7.2).

As quatro bases nitrogenadas citadas, que se encontram sempre em grupos seqüenciais de três (Tabela 7.1), são responsáveis pelos sinais da mensagem código com instruções para síntese protéica. Compreende-se, portanto, a possibilidade da existência de grande número de combinações, sendo cada uma correspondente a uma mensagem código para que cada um dos 20 aminoácidos que são utilizados na síntese protéica faça parte da molécula.

A molécula de ADN, ou seja, o gene, apresenta a seqüência de bases que especifica a seqüência de aminoácidos que farão parte da cadeia polipeptídica de uma determinada proteína. Admite-se que a quantidade de ADN do núcleo de cada célula humana seja suficiente para formar centenas de milhares de genes e, portanto, para determinar a formação de igual número de cadeias polipeptídicas.

A informação genética contida no ADN é transcrita dentro do núcleo celular para uma molécula sintetizada a partir do ADN por meio da ação da enzima ARN polimerase, o ácido ribonucléico (ARN). Este difere do ADN por possuir apenas uma cadeia, ter como açúcar a D-ribose, e a base pirimidínica uracila substituindo a timina.

Este ARN, denominado mensageiro (ARNm), possui uma seqüência de bases complementar àquela do ADN do qual ele é transcrito. Assim, cada adenina do ADN vai ser substituída pela uracila no ARN, cada citosina do ADN corresponde à guanina no ARN, a timina é substituída pela adenina e cada guanina pela citosina.



Fig. 7.1 Estrutura do ácido desoxirribonudéico (ADN).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

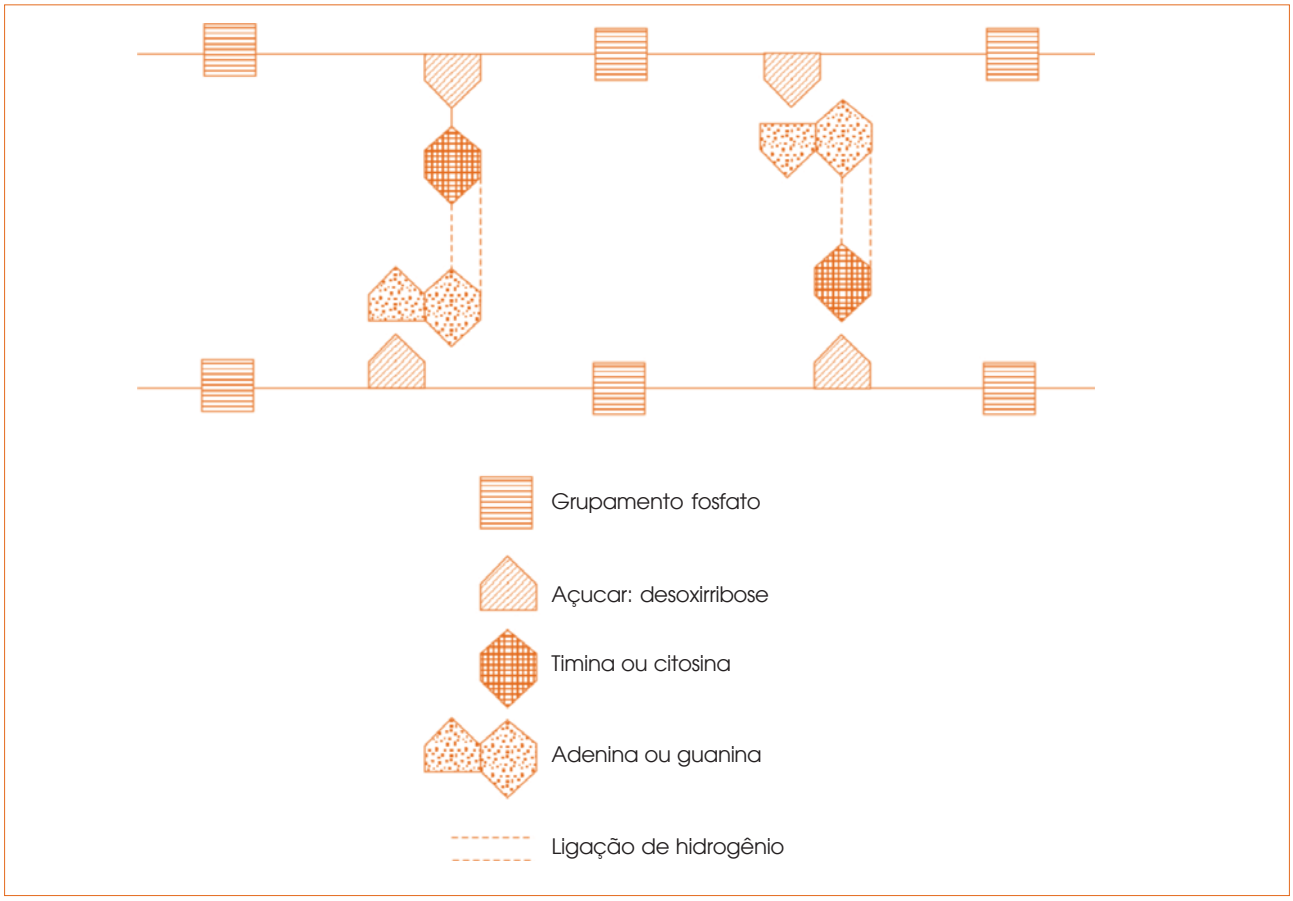


Fig. 7.2 Composição da molécula do ácido desoxirribonucléico (ADN).

O ARNm passa, então, ao citoplasma, onde se associa aos ribossomos, que são organelas responsáveis pela síntese protéica. Cada um dos 20 aminoácidos precursores das proteínas está no citoplasma unido a uma molécula do ARN de transporte (ARNt), que é constituída por bases nitrogenadas complementares às de uma pequena faixa do ARNm. Estes ARNt, com seus respectivos aminoácidos, alinham-se ao longo da molécula de ARNm. Esta fase ocorre nos ribossomos onde há o ARN ribossômico (ARNr), responsável provavelmente pela decifração do código do ARNm, favorecendo o acoplamento seqüencial dos ARNt e, portanto, dos aminoácidos correspondentes. A seguir, sob ação de diversas enzimas, unem-se os aminoácidos, e a proteína final é liberada do ribossomo (Fig. 7.3).

Todas as células de um ser vivo têm ADN idêntico, subentendendo-se que toda célula é capaz de fabricar todas as proteínas do organismo. Uma determinada célula, no entanto, produz somente as proteínas adequadas para exercer suas funções.

Modelos de Envelhecimento

Modelos em Culturas Celulares

Modelos em Culturas de Longo Prazo

Há mais de cinco décadas, Alexis Carrel descrevia os resultados de suas pesquisas, concluindo que fibroblastos de coração de pintos poderiam ser cultivados em série por um período de tempo praticamente infinito. Fez tal afirmação ao suspender voluntariamente seu experimento 34 anos após seu início, ou seja, muito além da duração máxima de sobrevivência da espécie em estudo.

Esta e um grande número de experiências realizadas com o mesmo propósito e com centenas de populações de células de tecidos humanos e animais reafirmaram as primeiras observações de Carrel. Algumas inferências foram então extraídas desse conjunto de pesquisas: em primeiro lugar, que as células isoladas de um organismo multicelular seriam imortais; em segundo lugar, que elas poderiam continuar

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mantendo sua capacidade de divisão e de funcionamento por tempo muito superior à sobrevida máxima da espécie da qual foram isoladas.

Posteriormente, outros trabalhos, realizados com culturas de células derivadas do mesênquima normal de camundongo e de carcinoma de tumor cervical humano, aparentemente confirmaram tais observações e chegaram à conclusão de que essas células submetidas à cultura não exerceriam qualquer influência no processo de envelhecimento e de que este seria, dessa forma, dependente de alterações na matriz extracelular ou de modificações em níveis mais elevados de organização em tecidos e órgãos. De qualquer maneira, os resultados de Carrel e a sua interpretação dos mesmos sugeriam fortemente que o envelhecimento não é resultante de eventos que ocorreriam no interior da célula.

Tais observações vieram a se contrapor à opinião do biologista alemão August Weismann[37], que, próximo do final do século XIX admitia, embora sem evidências com base em trabalhos experimentais, que o declínio fisiológico observado em animais poderia ser devido à limitada capacidade reprodutiva das células somáticas.

O que parecia irrefutável, uma vez que aceito pela maioria dos biologistas da época, sofria, já no fim da década de 1950 e início da década de 1960, sérias contestações. Questionou-se se as células consideradas imortais seriam normais ou anormais; se os meios de cultura utilizados nas experiências eram ou não adequados; e se o comportamento da célula normal em cultura era similar ao da célula *in vivo*.

Esta, ao contrário daquela, poderia interagir com os demais componentes do sistema, o que, obviamente, não ocorre com célula *in vitro,* posto que esta encontra se isolada do tecido ou órgão do qual foi extraída para investigação.

Uma série de pesquisas realizadas com células de vários tecidos humanos normais mostrou que elas só podem proliferar por um tempo limitado, após o qual morrem, não sem antes sofrer processo de degeneração. Entre essas experiências destaca-se a realizada por Hayflick e Moorhead[11] em 1961. Estes autores, utilizando fibroblastos isolados de pulmão de embrião humano normal, demonstraram que a capacidade de duplicação das células era limitada, interpretando esse fenômeno como sinal de envelhecimento em nível celular. Postularam também que as células consideradas normais possuíam na verdade alterações de uma

Tabela 7.1 Código de Alguns Aminoácidos

Aminoácidos	*Código*
Fenilalanina	AAG
Leucina	AAT
Isoleucina	TAA
Metionina	TAG
Valina	CAA
Serina	AGA
Prolina	GGA
Cisteína	ACA
Triptofano	ACC
Alanina	CGA
Tirosina	ATA
Arginina	GCT
Glicina	CCA

A = adenina; C = citosina; G = guanina; T = timina.
Fonte: Carvalho Filho ET, Alencar YMG. Teorias do envelhecimento . In: Carvalho, ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica, 1994.

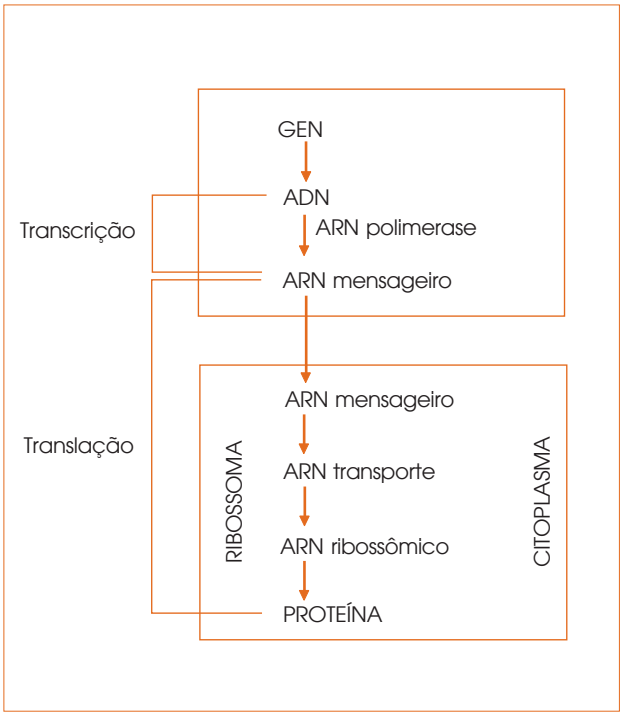


Fig. 7.3 Representação esquemática da síntese protéica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ou mais propriedades, como, por exemplo, do número e forma dos cromossomos. Demonstraram ainda, entre outras observações que serão analisadas mais adiante neste capítulo, que células embrionárias normais sob condições favoráveis dos meios de cultura evoluem, sendo o envelhecimento e a morte conseqüências inevitáveis após, em média, 50 duplicações.

A isto denominaram fenômeno da fase III. Afirmaram ainda que a morte das células humanas normais não se deve a causas triviais, envolvendo componentes do meio ou a condições da cultura, mas sim a propriedades inerentes às mesmas.

Observações desses pesquisadores foram posteriormente confirmadas centenas de vezes, nas quais variações dos componentes do meio e condições da cultura foram tão numerosas quanto a dos próprios laboratórios onde as pesquisas foram realizadas. Desde então, nenhuma população de células animais e humanas mostrou-se imortal.

Segundo Hayflick[12], a utilização em grande escala de células anormais "imortais" nas pesquisas gerou problemas de interpretação dos dados obtidos, tornando impossível extrapolar os resultados sobre o comportamento destas para o das células normais *in vivo*.

As duplicações acumuladas, observadas *in vitro,* são utilizadas como medida do desenvolvimento celular. Com efeito, as células exibiam diferentes graus de crescimento nos diversos estágios de sua evolução no meio de cultura. Assim, nas fases mais iniciais, as células proliferam rapidamente, mas, à medida que o tempo passa, o processo vai se tornando progressivamente mais lento, particularmente na última fase, ou seja, de senescência. Pode-se, a partir dessa observação, inferir que o potencial proliferativo das células diminui à medida que aumenta a idade do doador, sendo portanto menor em células de adultos do que nas isoladas de tecidos fetais. De fato, Martin e col.[18], estudando a cultura de populações celulares de doadores cujas idades variaram desde a fase fetal até 90 anos, verificaram que, apesar de considerável dispersão de valores, o coeficiente de correlação da primeira à nona década foi de -0,50, o coeficente de regressão foi de -0,20 duplicação por ano de vida ,e o desvio padrão de 0,05. Este estudo confirmou a impressão que o numero de duplicações de células humanas normais na cultura é inversamente proporcional à idade do doador. Conclusão idêntica foi obtida através de estudos com culturas de células normais isoladas de diversos tecidos ou sistemas: pulmão, musculatura lisa da parede arterial, pele, linfócito T etc.

Por meio desse conjunto de estudos, confirmou-se a perda progressiva da capacidade proliferativa celular na fase de senescência. Nesta, a fase inicial de replicação (GI) torna se mais duradoura e possivelmente ocorre um bloqueio na interface de GI com a fase de síntese (S), interferindo na formação de ADN e no processo de replicação. A membrana da célula senescente produz uma proteína que inibe a síntese de ADN. Através de micro-injeção com ARNm de células senescentes pôde-se observar inibição da síntese de ADN em células proliferativas competentes. Verificou-se também que as células envelhecidas perdem sua capacidade de responder a fatores de crescimento mitogênico, como por exemplo o fator epidérmico de crescimento *(epidermal growth factor* — EGF). Segundo Carlini e col.[3], tal fato se deve à redução da atividade da quinase, pois a quantidade de receptores de EGF mantém-se inalterada.

Este modelo de envelhecimento celular *in vitro* tem sofrido, no entanto, algumas críticas relacionadas a eventuais falhas no processo de cultura. Assim, a limitada sobrevivência dos fibroblastos poderia ser devida a deficiências no meio de cultura. O que parece, porém, ser mais crítico, é a falta de interação entre diferentes células originárias de um mesmo tecido ou órgão decorrente, obviamente, do estudo *in vitro* ser realizado com células isoladas. Além disso, Miller[23] alega que o "real" envelhecimento não é o óbvio caminho que o liga ao término da fase de desenvolvimento. Ainda segundo esse autor, há pouca ou nenhuma razão para acreditar que as modificações evolutivas que convertem as passagens celulares mais precoces no meio de cultura nas mais tardias possam estar relacionadas a alterações que convertem adultos jovens em idosos. Admite, contudo, que talvez a mais poderosa evidência do vínculo entre cessação do crescimento celular *in vitro* e envelhecimento em organismos intactos seja o fato de que as células de doadores jovens tendem a ter maior potencial de expansão do que as de idosos.

Apesar das críticas citadas, em verdade este "modelo de Hayflick" pareceu para toda uma geração de biogerontologistas a melhor forma para estudo, em nível celular, bioquímico e genético, do processo de envelhecimento. Isto deu origem a uma série de trabalhos sobre a capacidade cromossômica e as atividades enzimáticas e proliferativas das células nos diversos estágios de desenvolvimento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Modelos de Curto Prazo

Alguns autores admitem que culturas de curto prazo teriam vantagens sobre as de longo prazo (analisadas anteriormente), pois, diferentes destas, é mais fácil evitar possíveis artefatos, como por exemplo, seleção e adaptação da célula, que podem acarretar dificuldades de interpretação. Além disso, permitiriam melhor avaliação e controle quando comparadas com estudos realizados *in vivo*.

Possivelmente, o melhor exemplo e o mais estudado é o comportamento do linfócito T, cuja função sabidamente declina com o avançar dos anos, o que é provavelmente um dos fatores responsáveis pela maior incidência de infecção e neoplasia em indivíduos da terceira idade. A diminuição da imunidade mediada pelas células T se caracteriza pela perda da capacidade de produzir fatores específicos de ativação e de crescimento, como a interleucina 2, e de gerar receptores necessários para responder a esta substância; pela redução de sua capacidade de auxiliar na produção de anticorpos pelas células B e de gerar células citotóxicas antitumorais e antivirais. Todas essas alterações foram observadas em células de camundongos e de seres humanos.

É possível supor que tais modificações sejam decorrentes da redução da proporção de linfócitos T como conseqüência da diminuição da função do timo, que reconhecidamente involui com o passar dos anos, ou por alterações na capacidade de auto-renovação do *pool* periférico dessas células.

Modelos *In Vivo*

Os primeiros estudos realizados com enxertos de tecidos e órgãos, com a finalidade de analisar o processo de envelhecimento, foram efetuados no início da década de 1960, utilizando-se como material ovários e pele. Algumas dúvidas foram levantadas e parcialmente esclarecidas anos mais tarde. Assim, em relação aos enxertos com ovários, observou se que eles funcionavam pior em roedores receptores mais velhos do que nos mais jovens, o que foi interpretado como devido à presença de fatores não diretamente ligados ao ovário. A grande variabilidade dos tecidos de animais velhos tornou difícil a aceitação de tal interpretação.

Em relação aos transplantes de pele, os resultados também foram motivos de interpretações equivocadas. Assim, em alguns casos os enxertos de animais velhos desenvolveram-se tão bem quanto o de animais jovens. Por outro lado, verificou-se que, tanto em animais velhos quanto em jovens, durante os sucessivos transplantes, os enxertos tornaram-se progressivamente menores e muitos foram perdidos. A dificuldade de interpretação nesses casos deve-se ao fato de o tecido do receptor migrar para o interior do transplante durante a fase de cicatrização.

Este problema foi solucionado por Odgen e Micklem[25], em 1976, transplantando células do tecido hematopoiético da medula óssea de camundongos. Esses autores previamente irradiaram a medula óssea do receptor com o intuito de destruir suas células e, após isso, inocularam células do doador, nas quais uma anormalidade cromossômica foi usada para identificá-las. Este estudo, que visava analisar a capacidade de divisão das células da medula, revelou que, após quatro sucessivos transplantes repetidos a cada ano, as células da medula óssea apresentaram redução de sua capacidade de "repovoar" a medula do receptor. Concluíram que o tempo máximo de sobrevida dos camundongos se superpunha à capacidade de divisão funcional das células da medula e que estas estavam igualmente programadas para envelhecer e morrer.

Essa investigação, portanto, demonstrava, da mesma forma que as pesquisas *in vitro*, que células normais não sobrevivem indefinidamente.

O fato de muitos enxertos sobreviverem mais que o tempo de vida esperado para a espécie do doador ou receptor foi interpretado por alguns como indício de que as células poderiam se dividir continuamente, por período de tempo superior à sobrevida da espécie estudada. Esta observação é obviamente equivocada, pois as células de tecidos enxertados não se dividem de forma contínua por tempo tão longo, nem seu número é tão grande quanto o das células em culturas. Com efeito, se aceitássemos tal hipótese como verdadeira, estaríamos diante de um absurdo biológico. Exemplificando, se fibroblastos enxertados replicassem na mesma proporção que estas células o fazem em meios de cultura, então o tecido enxertado tornar-se-ia muito maior que o do receptor. É preciso, portanto, não confundir tempo de sobrevida com tempo de proliferação e número de divisões. Ao contrário, células de enxertos apresentam ritmo de *turnover* mais lento.

Experiência não menos elegante que a referida anteriormente foi realizada por Finch e col.[7], possibi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

litando o estudo da função ovariana com o envelhecimento e sua relação com o controle neuroendocrinológico. Foi demonstrado que ovários jovens continuam seus ciclos após transplante em receptores jovens, mas não em idosos. No entanto, surpreendentemente, receptores idosos ovariectomizados ainda jovens e que, portanto, não haviam sido submetidos ao mesmo número de ciclos estrogênicos dos receptores idosos não operados, foram capazes de manter a função estrogênica dos ovários transplantados. Este e outros estudos sugeriram a existência de um mecanismo de *feedback* no qual as estruturas hipotalâmicas seriam capazes de "suportar" apenas um limitado número de ciclos. O hipotálamo "contaria" o número de ciclos, contagem esta que seria interrompida pela ovariectomia e que seria retomada após transplante. Interações similares entre sistema nervoso central e tecidos periféricos poderiam ser invocadas para estudo das alterações que ocorrem na senescência.

Embora haja um longo caminho a ser percorrido para esclarecimento de dúvidas a respeito das alterações biológicas que ocorrem durante o envelhecimento, seguramente as observações colhidas, tanto através das experiências *in vitro* como daquelas *in vivo*, trouxeram valiosas contribuições para estudo de modificações que se observam no idoso.

Envelhecimento em Nível Molecular

Embora o envelhecimento seja resultante de múltiplos fatores, possivelmente apenas um seja efetivamente a sua causa básica e de muitos processos patológicos comuns no idoso. Assim, é possível que as manifestações do envelhecimento tenham sua origem no nível das macromoléculas, seja no próprio ADN, seja na seqüência que vai deste até a síntese protéica, passando pelo ARN. A inexistência de comprovação deste fato não afasta essa possibilidade, pois esta falta de evidência pode ser atribuída à pouca sensibilidade das técnicas que permitem a detecção de envelhecimento biomolecular, cujas freqüência e especificidade são ainda desconhecidas.

De qualquer forma, por esse motivo, é pertinente levantar questões a propósito da importância dos componentes macromoleculares na redução das funções orgânicas que ocorrem com o envelhecimento.

Alterações do ADN

Embora não haja evidente alteração estrutural do núcleo da célula, modificações na molécula de ADN têm sido responsabilizadas pelo declínio da função celular e orgânica que ocorre nas fases mais avançadas da vida. Esta impressão se justifica, desde que alterações dessa molécula, que, como se sabe, origina os sinais da mensagem código para a síntese protéica, poderiam ocasionar modificação permanente no padrão de expressão genética. Contrapondo-se a isto, as alterações que ocorrem em outras fases da transcrição genética, ou seja, no ARN e mesmo na proteína, seriam temporárias, tanto que novas moléculas poderiam ser formadas a partir de um modelo de ADN intacto.

Vários agentes externos e internos podem induzir alterações no ADN através de ações químicas, físicas ou biológicas. Assim, essa molécula apresentaria alterações relacionadas à idade e que seriam resultantes de exposição longa e/ou repetitiva do organismo a agentes agressores, tais como: radiação, certos componentes do meio ambiente e produtos do metabolismo celular. Possivelmente, os agentes oxidantes, como superóxidos, peróxidos de hidrogênio e radicais hidroxila, seriam os maiores responsáveis pela lesão do ADN, podendo dar origem a ligações cruzadas entre moléculas de ADN e destas com proteínas intranucleares.

Em conseqüência da ação dos agentes anteriormente referidos, a molécula de ADN pode sofrer rupturas, apresentar-se distorcida ou mostrar alterações químicas. Assim, a radiação ultravioleta pode causar distorção da alça da molécula; e a remoção de bases nitrogenadas e a lesão desta molécula podem ser induzidas por radicais livre gerados pelos raios X e γ. A própria temperatura corporal tem sido implicada na perda de bases nitrogenadas do polímero ADN, ocasionando a assim chamada ruptura segmentar simples *(single-stand break)*.

É possível ocorrer também mutações, ou seja, alterações na seqüência do ADN, que podem ser causa de disfunção relacionada ao envelhecimento. Tais mutações podem provir de erros na replicação do ADN durante o processo de mitose, troca de bases nitrogenadas no local da lesão do ADN ou ser conseqüência de erros no processo enzimático responsável pela síntese dessa molécula.

O efeito das várias lesões anteriormente citadas pode alterar a informação contida no ADN e, como conseqüência, exercer expressiva ação sobre a função celular. A magnitude dessa ação, no entanto, vai depender do organismo ser homozigoto ou heterozigoto e do gene afetado ser dominante ou recessivo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Muitas mutações ocorrem em regiões de não-transcrição e outras em regiões de transcrição, sendo as primeiras "silenciosas". Mutações que ocorrem em regiões de controle genético poderiam causar repressão ou ativação do gene, dando origem a moléculas anormais. As que ocorrem em região de transcrição do ADN seriam expressas imediatamente em termos de ARN alterado e, em decorrência, originariam proteínas alteradas.

O destino da lesão do ADN, em termos de sua persistência e sua conseqüência final no nível da seqüência do ADN, é governado por um processo de atividades de um sistema enzimático complexo, denominado reparação do ADN. A lesão do ADN por si mesma (por exemplo, interferindo no processo normal de transcrição) ou através de um processo incorreto do sistema de reparação do ADN lesado pode ser prejudicial. Esse último mecanismo resulta em mutações, ou seja, alterações na seqüência do ADN, que seriam transferidas para todas as células-filhas.

Percebe-se, portanto, a importância das alterações do ADN, principalmente quando se levanta a possibilidade que distúrbios, tais como várias formas de câncer, arteriosclerose, demência etc. poderiam ser decorrentes de tais modificações. É possível também que certas doenças relacionadas à idade possam ser transmitidas por herança, cujo melhor exemplo é a forma familiar da doença de Alzheimer.

Alterações nas Enzimas Polimerases

A redução da função da molécula de ADN em animais idosos depende, além de modificações das estruturas cromatínicas que medeiam o grau de atividade genética, de diminuição da capacidade para sintetizar novo ADN ou, mais particularmente, da reduzida fidelidade do processo de replicação ou reparação da molécula.

A polimerase com elevado peso molecular não revelou modificações da atividade relacionada à idade no baço de algumas raças de camundongos velhos. No entanto, a de baixo peso molecular mostrou acentuada redução da atividade no baço desses mesmos animais, porém o mesmo fato não foi observado no fígado e rim. Estudos recentes sugerem que a atividade da polimerase mantém-se inalterada em células velhas não-mitóticas. Em culturas de células, no entanto, a atividade dessa enzima encontrava-se reduzida quando comparada com a observada em culturas de células jovens, sendo que a principal alteração resultante ocorre para o lado das bases nitrogenadas timina e guanina. É importante assinalar, contudo, que tal resultado deve ser visto com cautela, pois a avaliação da polimerase *in vitro* é muito menos fiel que a determinação do ADN sintetizado *in vivo*.

Alterações do ARN

Como se acha demonstrado na Fig. 7.3, há uma óbvia ligação entre ARN e síntese protéica. Na verdade, o processo que determina a formação da proteína depende de dois mecanismos básicos: transcrição da informação genética do ADN para o ARNm e, em seguida, translação para uma proteína específica. Observa-se, portanto, que os mecanismos de controle celular que resultarão na síntese protéica, situam-se no nível da transcrição e da pós-transcrição, localizando-se o ARNm num ponto central entre ADN e proteína.

A posição "privilegiada" do ARN dentro do complexo ADN-ARN-proteína chamou a atenção dos pesquisadores para sua quantificação e determinação de sua atividade durante o processo de envelhecimento.

Alterações nos níveis de ARN podem ser evidenciadas por meio da redução na expressão genética ou por modificações na atividade da ARN polimerase. Os resultados das pesquisas são, no entanto, conflitantes. Assim, não há evidências experimentais que a síntese de ARN esteja reduzida a ponto de afetar a síntese protéica, nem que há redução incontroversa da atividade da ARN polimerase. Além disso, a idade não parece influir no tamanho das moléculas de ARNm, nem provocar alteração no processo de pós-transcrição dessas moléculas.

As experiências até agora realizadas sugerem que modificações na regulação das concentrações de proteínas nas idades muito avançadas estejam relacionadas principalmente a modificações na transcrição do ARNm.

Finalmente, em animais muito velhos pode ocorrer redução do ARNr no cérebro, fígado, rim e baço. Estudos recentes com fibroblastos senescentes sugerem que nestas células pode haver alteração no processo da cinética do ARNm

Alterações na Formação da Proteína

Após análise das alterações do ADN, das enzimas polimerases e do ARN, e das repercussões de tais modificações sobre a formação protéica, passemos à

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

análise das modificações do metabolismo das proteínas durante o processo de envelhecimento. São seguramente tais alterações que melhor representam as diferenças na expressão genética e que ocorrem durante o processo de envelhecimento. São elas que, em última análise, são responsáveis pela diminuição da capacidade funcional das células e, em última instância, dos órgãos, acarretando progressiva incapacidade de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional. Uma substituição errada ou inadequada de um dos componentes protéicos celulares pode dar origem à diminuição da capacidade funcional em animais senescentes.

A maioria dos trabalhos mostra diminuição da síntese de proteínas com a idade. Outras observações, no entanto, embora em menor número, revelaram aumento ou ausência de alteração da síntese protéica com o envelhecimento. Esses resultados discordantes provavelmente dependem do órgão, do animal ou do método de investigação utilizado.

Tem sido demonstrado também que no envelhecimento há tendência ao acúmulo de proteínas alteradas, que seria resultante da redução do processo de degradação e cujos detalhes serão expostos mais adiante.

As modificações não se restringiriam apenas à síntese ou ao acúmulo de proteínas alteradas, mas também a modificações após sua produção. É o que acontece com proteínas constituintes do cristalino e da hemácia, onde as alterações ocorreriam através de processo de fosforilação, acetilação ou glicosilação.

Peculiaridades do Processo de Envelhecimento

Alterações Morfofuncionais

Uma exposição mais detalhada das alterações morfofuncionais que ocorrem com o envelhecimento, como as modificações em nível celular, molecular e nos diferentes sistemas orgânicos, será objeto do capítulo seguinte. Por outro lado, alguns aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento normal, sua relação com enfermidades mais prevalentes em idosos, assim como a caracterização das formas de envelhecimento comum ou usual e saudável ou bem-sucedido foram analisados no Capítulo 1. Não cabe, portanto, repisá los, a não ser quando estritamente necessário.

Deixando se de lado considerações a respeito da etapa da vida na qual ocorreria o início da fase de envelhecimento, pois que é fonte de grandes controvérsias, nos deteremos apenas em alguns aspectos do envelhecimento dos seres vivos.

Sabe-se que animais e seres humanos apresentam, com o avançar dos anos, declínio das reservas fisiológicas, o que os expõem a um aumento exponencial da vulnerabilidade a muitas doenças comuns na terceira idade e à mortalidade.

Embora todos os seres vivos apresentem em comum alterações no fenótipo, evidenciadas por mudança na coloração dos pêlos, declínio da função imunológica, diminuição da reserva cardíaca, aumento das ligações cruzadas de colágeno e do depósito de pigmento lipofuscínico, modificações da síntese e do metabolismo protéicos etc., o que mais os caracteriza é a grande variabilidade dessas modificações. Esse fenômeno, que ocorre não somente entre seres de espécies diferentes, mas também entre seres de mesma espécie e entre órgãos de um mesmo indivíduo é provavelmente devido à influência de fatores genéticos e ambientais, entre outros. A variabilidade entre espécies e mesmo entre raças da mesma espécie tem como exemplo o que ocorre com roedores, nos quais alguns são mais propensos a degeneração morfofuncional renal enquanto outros são mais suscetíveis a desenvolverem linfomas. Nem um nem outro, entretanto, apresentam manifestações semelhantes às da doença de Alzheimer humana.

Em seres humanos, a variabilidade das alterações entre sistemas orgânicos e entre indivíduos é mais evidente, talvez porque tenha sido mais estudada. Assim, enquanto modificações estruturais e funcionais renais e alterações da tolerância aos hidratos de carbono são freqüentemente mais acentuadas, o mesmo não acontece com a velocidade de condução nervosa e o hematócrito, cujas modificações são discretas, mesmo em fases avançadas da vida.

Outro fato que merece ser enfatizado é que o declínio da função de um órgão e/ou suas alterações estruturais não necessariamente são indicativas de que fato idêntico esteja ocorrendo em outros sistemas orgânicos. Ou seja, é um erro admitir que sempre deve haver paralelismo absoluto entre tais alterações.

Outro aspecto interessante diz respeito ao fato de que o ritmo de declínio de várias funções, que, como se sabe, é linear em função do tempo, não se acentua com o correr dos anos. Assim, se admitir que o enve-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lhecimento tem seu início no fim da segunda ou terceira década de vida, pode se então afirmar que o ritmo de perda de uma determinada função aos 80 anos de idade ou mais é idêntico ao que ocorre aos 40 anos, ou seja, o ritmo de envelhecimento processa se da mesma forma nas suas fases inicial e final.

Independentemente deste fato e da existência de fatores intrínsecos e extrínsecos que justificam por si só a grande variabilidade de comportamento das alterações que ocorrem com o passar dos anos, admite-se, como regra geral, que 1% da função é perdida a cada ano após os 30 anos de idade. Aceita-se também que haja na pessoa idosa efeito cumulativo dessas alterações. Este efeito, que obedece à equação de Gompertz, já analisada em outro capítulo, torna o idoso mais suscetível a numerosas afecções comuns nesta faixa etária. Alguns detalhes sobre essa equação serão discutidos mais adiante.

Tábuas de Vida e Ritmo de Envelhecimento

As características do envelhecimento e a duração de vida são particulares a cada espécie animal. Assim, a duração máxima de vida de seres humanos é de aproximadamente 115 a 120 anos, enquanto que a de camundongos é de cerca de 38 a 40 meses.

Se a duração máxima de vida difere de um animal a outro, por outro lado, ela apresenta algumas características que unem as espécies, e que são: a relativa independência em relação aos fatores ambientais e o fato de não sofrer mudanças com o passar dos séculos. Assim, em seres humanos esta cifra não sofreu modificações desde a Antigüidade. Acredita se que ela seria determinada em cada espécie animal pelo padrão genético da mesma, o que explica sua característica de quase absoluta estabilidade. De fato, a grande diferença entre as espécies quanto ao tempo máximo de sobrevivência e também quanto ao processo de envelhecimento propriamente dito, é mais um fato a favor da existência de um controle genético particular a cada espécie animal.

Infelizmente, como o ritmo de envelhecimento não pode ser avaliado diretamente por meio dos métodos habituais, têm sido utilizadas medidas indiretas baseadas na análise das tábuas de sobrevivência.

As tábuas de vida de populações de seres humanos são construídas principalmente, mas não exclusivamente, a partir de dados coletados de atestados de óbito e de censos populacionais. É por meio da análise dessas tábuas de vida que é possível obter as curvas de sobrevivência de uma determinada população e, a partir daí, extrair dados sobre o tempo máximo de vida e sobre sua duração média. Essas curvas são construídas colocando se a porcentagem da população que permanece viva no eixo vertical e a idade em que ocorre a morte, em anos, meses ou dias, na dependência da espécie que se deseja estudar, no eixo horizontal.

Seguramente, o tempo máximo de vida, obtido através dessa técnica, é o melhor índice para revelar as diferenças no ritmo de envelhecimento propriamente dito, pois a média e a mediana são decididamente influenciadas por fatores que induzem o aparecimento de afecções, encurtando a duração da vida.

A importância das tábuas de vida e das curvas delas extraídas, encontra-se bem ilustrada no Capítulo 4, no qual é demonstrado o comportamento das populações femininas nos Estados Unidos nascidas, respectivamente, em 1900 e 1980. Na primeira, devido à alta mortalidade infantil do início do século XX, houve sensível redução da população até o primeiro ano de vida. A partir daí, nota-se um declínio mais suave, caracterizando, porém, redução importante da população, até que, em idades mais avançadas, a queda torna-se mais acentuada, desaparecendo quase toda população original ao redor dos 85 anos de idade. A população nascida em 1980 exibe um comportamento completamente diferente, pois, devido à baixa mortalidade infantil existente, as perdas no primeiro ano de vida são praticamente desprezíveis, ocorrendo o mesmo nos anos subseqüentes, quando, aos 60 ou 70 anos, começa a ocorrer queda acentuada da curva até o desaparecimento completo da população original pouco além dos 85 anos.

Percebe-se, pois, que, apesar da diferença de comportamento exibido pelas duas curvas referidas, ambas tendem a desaparecer quase totalmente ao redor dos 85 anos, que é o limite biológico da vida humana. Infere-se também, a partir da análise comparativa das duas curvas, que, quando medidas protetoras são adotadas e a influência de fatores ambientais é afastada ou minimizada, ocorre uma tendência nítida a retangularização da curva, aproximando-se da curva hipotética elaborada por Fries e Crapo.

Contrastando com a duração máxima da vida, a expectativa média de vida da raça humana tem au-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mentado progressivamente, ou seja, de pouco mais de 20 anos na Grécia e Roma antigas, até aproximadamente 80 anos em alguns países desenvolvidos, em nossos dias. Esse mesmo fenômeno vem ocorrendo em todas as regiões do mundo. Outro aspecto que merece ser destacado é a nítida participação de fatores ambientais sobre a sua duração.

No homem, os progressos tecnológicos, a melhora da condição socioeconômica e os avanços da medicina, mesmo nos países em desenvolvimento, foram e são fatores determinantes do aumento da expectativa média de vida. Por outro lado, esses mesmos fatores não conseguiram alterar o tempo máximo de sobrevivência. Isto vem demonstrar que os avanços citados não influenciaram o processo de envelhecimento, protegendo tão-somente a população da morte prematura e sendo, portanto, responsáveis pelo aumento do número de idosos em todo o mundo.

Uma outra medida freqüentemente utilizada para avaliar o envelhecimento de uma determinada espécie animal é o ritmo de aumento da mortalidade com o correr do tempo. Este aumento, surpreendentemente, não é linear com o avançar da idade, mas obedece uma lei logarítmica, descrita pela primeira vez por Gompertz, representada pela seguinte equação:

$$R_t = R_0 e^{\alpha t}$$

Algumas inferências podem ser tiradas da análise dessa equação. Assim, R_t, que é a probabilidade por ano de morrer no tempo t, é a resultante do produto do primeiro componente, representado pela probabilidade hipotética (extrapolada) de morrer ao nascimento (R_0), pelo segundo componente, representado por $e^{\alpha t}$, no qual a, que é o coeficiente de regressão da equação, define o ritmo de mortalidade, e e é a base dos logaritmos naturais. Percebe se, portanto, que, quanto maior a vulnerabilidade inicial (R_0) e o ritmo de mortalidade (α), maior a probabilidade de morrer num determinado tempo t.

Influência dos Fatores Extrínsecos

Restrição Calórica

Na seção anterior insistimos que a duração máxima de vida é imutável e o ritmo de envelhecimento inalterável não somente em seres humanos, mas em todos os mamíferos. Esta é a impressão da grande maioria, porém não a de todos os estudiosos do assunto.

É importante que o leitor esteja a par de opiniões, se não contrárias, pelo menos bastante críticas à essa postura. Nessa linha de pensamento encontra-se Walford[35], que baseia sua opinião em trabalhos que revelaram aumento da duração máxima de vida em ratos, camundongos, peixes etc., submetidos a restrição dietética.

Todos os trabalhos realizados nestas últimas seis décadas e relacionados ao tema tiveram origem na investigação pioneira de McCay[21] em 1934. Este autor submeteu dois grupos de ratos à mesma dieta até a pré-puberdade. A partir daí, os animais de um dos grupos continuaram alimentando-se à vontade, enquanto que os do outro grupo comiam a mesma ração, porém em menor quantidade. Enquanto os primeiros desenvolveram se, envelheceram e morreram após aproximadamente três anos, os últimos apresentaram parada do crescimento e não envelheceram. Após três anos nesse estado, foram alimentados à vontade, passando a crescer e se desenvolver, morrendo aos seis anos de idade.

O efeito da restrição calórica dietética sobre o aumento da duração da vida, e que foi posteriormente reproduzido por numerosos investigadores, foi objeto de uma importante revisão realizada por Weindruch e Walford[36]. Este conjunto de estudos revelou que há aumento de até 50% nas sobrevidas média e máxima dos animais estudados. Observou-se também que, paralelamente ao aumento da longevidade, os animais submetidos à restrição calórica, quando comparado com os controles, apresentavam aparência funcional mais jovem, retardo do pico de incidência de afecções relacionadas ao envelhecimento (câncer, doenças cardiovasculares, auto-imunes e renais), retardo no aparecimento e prolongamento da fase reprodutiva, maior concentração de alguns neurotransmissores cerebrais (dopamina e GABA), atraso na deposição de pigmento lipofuscínico nos tecidos, colágeno bioquimicamente mais "jovem" etc.

Deve ser assinalado que a restrição calórica utilizada nos diversos experimentos com roedores tinha como condição básica uma dieta balanceada em todos os aspectos das necessidades nutricionais, porém reduzida em quantidade. Para prevenir a possibilidade de se atingir estado de má nutrição, freqüentemente era adicionada uma quantidade adequada de proteína, vitaminas e macronutrientes. Segundo Walford[35],

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"a concepção-chave de aumento da duração máxima de vida pela restrição dietética, não é meramente a restrição calórica, mas a subnutrição sem má-nutrição".

Outro fato que merece destaque é que estes resultados foram também obtidos não somente quando a restrição calórica começou a ser usada no início da vida, mas também na fase adulta e mesmo na idade madura. Estas observações colocam em evidencia que o aumento da duração máxima da vida não pode ser simplesmente visto em termos de retardo da maturidade.

O mecanismo desse fenômeno ainda permanece obscuro. Muitas pesquisas deverão ser ainda realizadas para esclarecer a relação entre restrição dietética, retardo do envelhecimento e aumento da sobrevida. Algumas hipóteses, no entanto, são aventadas. Assim, suspeita se que haveria interferência no mecanismo de síntese protéica, retardando os processos que levam a sua deterioração. Outra explicação seria a redução dos processos metabólicos e, em conseqüência, menor produção de radicais livres. Ainda no terreno das hipóteses, levanta-se a possibilidade, embora sem base experimental segura, que poderia haver "atraso do relógio biológico".

Finalmente, as experiências citadas parecem deixar clara a possibilidade de aumento da longevidade e do retardo do envelhecimento, pelo menos em animais e nas condições de trabalho experimental em laboratório. Embora não se possa transpor tais resultados para a espécie humana, é pelo menos possível admitir tal probabilidade. Walford[35] a este respeito, vai mais adiante, ao afirmar que é necessário deixar de lado argumentos estéreis do "possível" aumento da sobrevida, pois esta fase já está ultrapassada, passando-se ao estágio de como consegui lo mais facilmente e que repercussões terá para o futuro da sociedade.

Temperatura Ambiental

A atividade metabólica de animais poiquilotérmicos pode ser reduzida a baixas temperaturas ambientais e aumentada a temperaturas elevadas, ocorrendo no primeiro caso aumento da duração de vida e, no segundo, decréscimo do tempo de vida. Assim, a *Drosophila subobscura* a baixas temperaturas, próximas a 0 grau centígrado, pode viver meses, porém sua morte ocorre em poucos minutos a 37 graus centígrados.

Como será exposto com mais detalhes adiante a propósito da teoria da taxa de vida, a aplicação deste raciocínio a animais homeotérmicos sofre sérias restrições. Estes, graças à capacidade de termorregulação, podem se adaptar a grandes variações de temperatura ambiental. O homem, particularmente, possui meios de proteção contra tais variações. No entanto, quando submetido a temperaturas próximas de 0 grau centígrado ou de 50 graus centígrados e sem proteção apresenta, com relativa precocidade, alterações orgânicas que podem conduzi-lo à morte. Observa-se, portanto, que em seres humanos há uma grande dificuldade em estabelecer qualquer vínculo entre variação de temperatura e longevidade.

Radiação

A radiação em pequenas doses ou dose única maior pode aumentar o número de aberrações cromossômicas em animais. São importantes a idade em que ocorreu a exposição, a quantidade recebida, o tempo e o número de exposições.

Os efeitos da radiação sobre o ADN variam segundo o agente. Assim, a radiação por raios ultravioleta pode causar distorção da alça; lesão e remoção de bases nitrogenadas que podem ser provocadas por radicais livres gerados pelos raios X e γ.

No homem, em sobreviventes das explosões atômicas em Hiroshima e Nagasaki, observou se maior incidência de neoplasias, porém não se verificaram manifestações precoces de envelhecimento. Os radiologistas, na primeira metade do século XIX, por trabalharem sem proteção adequada, expunham se à radioatividade por longos períodos, e, embora apresentassem maior prevalência de neoplasias, não foi observado entre eles envelhecimento precoce. Conclui-se, a partir dos dois exemplos citados, que a morte foi antecipada, mas não pelo envelhecimento.

Mecanismos e Teorias do Envelhecimento

No decorrer desta seção poderá o leitor perceber o longo caminho a ser percorrido para que os mecanismos propostos satisfaçam integralmente às nossas necessidades de compreensão do processo de envelhecimento. De qualquer maneira, embora alguns mecanismos aventados ainda necessitem de uma base científica segura, sendo mais hipóteses que teorias, o certo é que abriram caminho promissor para novos estudos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Uma revisão da literatura a respeito do assunto demonstra o grande número de teorias e a dificuldade em classificá-las. Qualquer que seja a classificação que se adote, é necessário ter presente que muitas teorias propostas não são mutuamente excludentes, apresentando pontos de convergência, aumentando ainda mais as dificuldades assinaladas.

Embora possamos ser sujeitos a críticas, dado o argumento que, muitas, mais do que teorias, são fatores que influenciam o envelhecimento propriamente dito, elas estão sendo, nesta revisão, classificadas em grupos cujos componentes apresentem pelo menos algumas características comuns.

Sendo a síntese protéica, como já referido, fundamental na manutenção da capacidade funcional dos órgãos, a maioria dos autores tem uma natural tendência a aceitar teorias que se baseiam em modificações de proteínas. No entanto, mesmo com as ressalvas anteriormente relatadas, os demais mecanismos propostos serão também analisados.

Teorias Baseadas em Alterações Metabólicas

Teoria da Taxa de Vida

A teoria da taxa de vida de Pearl[30] teve origem em observações que admitiam que os pequenos mamíferos tendem a apresentar atividade metabólica maior que os animais de maior porte e a morrer mais precocemente que estes. Haveria, então, uma relação inversa entre quantidade de calorias consumidas e duração máxima de vida desses animais. Esta teoria, no entanto, foi contestada em vários estudos, entre os quais o de Austad e Fischer[1], que demonstraram grandes variações na quantidade de calorias dispendida por grama de tecido em diversas espécies animais, tendo esses autores, inclusive, observado mamíferos com vida longa e elevado dispêndio de energia (morcegos), enquanto outros (marsupiais) exibem vida mais curta paralelamente à baixa atividade metabólica.

Como já referido anteriormente, animais poiquilotérmicos, como, por exemplo, a *Drosophila subobscura,* sobrevivem por tempo mais longo a baixas temperaturas, o que foi atribuído à redução dos processos metabólicos. Experiências realizadas com a *Musca domestica* mostraram que a duração da vida deste inseto é inversamente proporcional à atividade física e que o efeito da temperatura sobre o tempo de vida desses animais é dependente da intensidade do esforço físico realizado.

As maiores críticas que podem ser feitas a esta teoria são os resultados contraditórios observados em animais homeotérmicos, e a afirmação de que a temperatura exerceria influência direta e proporcional sobre a atividade metabólica, o que não foi efetivamente comprovado.

Teoria dos Radicais Livres

Denham Harmon[10], em 1956, pela primeira vez levantou a possibilidade que os radicais livres poderiam explicar os fenômenos do envelhecimento.

Radicais livres são átomos ou moléculas altamente reagentes e que possuem número ímpar de elétrons em sua camada mais externa. O oxigênio constitui a maior fonte de radicais livres, pois, apesar de essa molécula possuir número par de elétrons na sua camada externa, ela funciona como dois radicais aderidos, isto é, um "birradical", que seria atraído pelos locais onde a insaturação e outras forças tendem a separar os pares de elétrons.

As reações que dão origem à formação dos radicais livres são as que habitualmente constituem a resposta fisiológica celular normal. Normalmente, as próprias células protegem-se por meio da formação de substâncias antioxidantes endógenas, incluindo o selênio, que contém glutatião peroxidase, catalases e superóxido dismutase, bilirrubina, tocoferol e através do mecanismo de reparação do ADN.

A produção incontrolada de radicais livres poderia dar origem, segundo essa teoria, à lesão celular iniciar o processo de envelhecimento. Sua ação dar-se-ia durante toda a vida, causando deterioração de componentes nucleares e citoplasmáticos, acarretando perda progressiva da capacidade funcional celular. Esses radicais podem reagir com proteínas, lípides, enzimas, colágeno, hormônios, ARN e ADN, induzindo alterações orgânicas. Possivelmente agentes oxidantes, como superóxidos, peróxidos de hidrogênio e radicais hidroxila seriam os principais determinantes de lesão do ADN, podendo dar origem a ligações cruzadas entre moléculas de ADN e destas com proteínas.

Sejam decorrentes de produtos do metabolismo celular normal, sejam por influências externas ou internas, como isquemia, drogas ou radiação, os radicais livres podem induzir lesão do ADN caracterizada por remoção de bases nitrogenadas, ruptura segmentar simples, distorção de sua alça etc.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A base para teoria dos radicais livres repousa no fato de alguns estudos revelarem que animais, cujo consumo de oxigênio é elevado em proporção ao seu tamanho, tinham vida mais curta; e que a administração de antioxidantes demonstrou aumento da expectativa de vida. Além disso, há algumas evidências de que a restrição calórica dietética pode tornar roedores menos suscetíveis aos efeitos lesivos dos oxidantes. Contrapõem-se a esta visão, no entanto, vários argumentos. Assim, a alegação que haveria uma relação entre atividade metabólica elevada e diminuição da duração máxima de vida sofre sérias contestações, como demonstraram Austad e Fischer[1]. Por outro lado, McCarter e col.[20] refutam a afirmação que a restrição calórica alteraria a longevidade via efeito da atividade metabólica, desde que não se observou ação desta restrição dietética sobre a atividade metabólica por grama de tecido.

Em síntese, admitindo se a existência dos radicais livres (embora as evidências sejam apenas indiretas) e sua ação sobre os componentes celulares, não há comprovação segura sobre os efeitos benéficos da administração de suplementos antioxidantes na dieta. Dessa forma, como admite Davies[6] "há necessidade de evidências mais diretas para se afirmar que os radicais livres possam exercer papel central como causa de envelhecimento".

Teoria Baseada em Alterações dos Sistemas Orgânicos ou Teoria do Marcapasso

A teoria dos sistemas orgânicos ou teoria do marcapasso tem sua base no fato de que tais sistemas, ao apresentarem declínio com o avançar da idade e, conseqüentemente, ao exibirem perda ou diminuição de sua função, poderiam comandar o processo de envelhecimento. Em outras palavras, as alterações que ocorrem em tais sistemas agiriam como verdadeiro "marcapasso" do envelhecimento. Entre estes sistemas têm chamado mais atenção o imunitário e o neuroendócrino, particularmente o hipotálamo.

Participação do Sistema Neuroendócrino

O sistema neuroendócrino sofre alterações com o passar dos anos, podendo estas atuarem como possível marcapasso do envelhecimento. Alguns autores vão, inclusive, mais adiante, procurando identificar a presença de um "hormônio da morte", uma substância que seria produzida em quantidade aumentada com o avançar da idade. Os dados até agora obtidos, no entanto, não permitiram confirmar sua presença.

Bourlière aventa a possibilidade da existência de um "comando" coordenando o envelhecimento e que este estaria localizado no sistema nervoso central. Denckla sugere que este mecanismo de controle estaria localizado na hipófise, pois verificou que a hipofisectomia em ratos, em vez de causar uma deterioração progressiva pela alteração hormonal das glândulas alvo, determinava sobrevida mais longa. Esse investigador supôs que houvesse um hormônio específico secretado pela hipófise a partir da época da puberdade e que seria responsável pelo envelhecimento e morte celular. Denominou-o DECO *(decreasing oxygen consumption hormone),* acreditando que ele reduziria o consumo de oxigênio. Em ratos de 12 a 18 meses observou que, após hipofisectomia, ocorria melhora de diversos aspectos fisiológicos e bioquímicos nos sistemas cardiovascular, imunológico e renal, além de recuperação da capacidade de síntese do ADN, que se achava reduzida em 85% no envelhecimento. Por outro lado, administrando-se aos animais hipofisectomizados os hormônios das glândulas alvo, ocorria melhora ainda mais acentuada do estado geral e da sobrevida dos animais. Denckla admitiu então que o DECO bloquearia a ação periférica dos hormônios tiroideanos e do crescimento e que sua secreção seria controlada pelo hipotálamo.

Essas observações procuraram demonstrar o papel do sistema neuroendócrino, atuando como marcapasso do envelhecimento em organismos multicelulares. Duas linhas de raciocínio, no entanto, se contrapõem a esta visão. Primeiro, Rowe e Wang[31] assinalaram que nem todos os organismos conhecidos têm sistemas endocrinológico e imunitário bem desenvolvidos, que possam dar respaldo a esse mecanismo; além disso, essa teoria não explica a origem das alterações no próprio marcapasso. Segundo, há as alegações dos biologistas moleculares de que o envelhecimento se inicia com alterações intrínsecas no ADN. Davies[6] rebate esta última observação afirmando que estes pesquisadores, ao trabalharem com moléculas e células isoladas, não levaram em consideração os efeitos das interações celulares, nem do sistema neuroendócrino sobre a função celular. Acrescenta, além disso, que a rapidez de acúmulo de lesões do ADN poderia ser influenciada por eventos hormonais que prejudicam ou favorecem o mecanismo de reparação dessa molécula. Conclui que é im-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

possível afirmar que um mecanismo é mais importante que outro.

De qualquer forma, pensamos que cabe indagações se as alterações no sistema neuroendócrino são causas ou conseqüências do envelhecimento, e, admitindo-se a primeira hipótese, se seu papel é fundamental ou apenas um fator a mais influenciando o processo de envelhecimento.

Participação do Sistema Imunitário

A atividade imunológica é exercida por meio de dois sistemas: o celular, mediado pelo linfócito T; e o humoral, constituído pelas imunoglobulinas que têm sua origem no linfócito B. Entre estes dois sistemas há um mecanismo de equilíbrio exercido especialmente por subpopulações de linfócitos T auxiliadores e supressores. Acredita-se que as alterações da imunidade celular são mais importantes que as da humoral, pois os linfócitos T são responsáveis pela manutenção do equilíbrio homeostático e pela vigilância imunológica do indivíduo. Os linfócitos interagem entre si e também com os macrófagos na regulação da atividade imunológica.

A atividade imunitária, como a maior parte das funções fisiológicas, diminui com a idade, o que tem sido utilizado como base teórica para explicar o processo de envelhecimento.

A maioria das alterações imunitárias tem sido associada à involução do timo, que, de forma gradual, nos primeiros 50 anos de vida do homem, perde até 95% de sua massa e de sua capacidade de produzir hormônios. Acredita-se que o melhor conhecimento das alterações sofridas pelos linfócitos timo-dependentes pode proporcionar elementos importantes para o entendimento do processo de envelhecimento.

Experiências em animais, principalmente ratos, dão ênfase à hipótese de que a deficiência imunológica precede o envelhecimento, porém a transposição desse fato para a espécie humana necessita de futuras demonstrações. Pesquisas realizadas em idosos evidenciaram que os portadores de comprometimento imunitário e de maior taxa de auto-anticorpos apresentavam índice mais elevado de mortalidade. Por outro lado, a maior incidência de doenças infecciosas, neoplásicas e talvez vasculares em pessoas idosas tem sido associada às alterações das imunidades celular e humoral nessa faixa etária.

A teoria imunitária da senescência recebeu apoio de vários pesquisadores. Burnet, propondo ser o timo o órgão controlador, cujas modificações gerariam a senescência, admite que clones de células originariamente proibidas por um sistema imune intacto, aparecem por mutações somáticas e persistem quando as funções imunes tornam-se defeituosas. Outros autores propõem que os linfócitos sofreriam mutação somática, o que modificaria suas propriedades orgânicas, determinando ampla reação antígeno-anticorpo nos diferentes tecidos. Outra hipótese relacionada ao mesmo mecanismo é a de que mutações do ADN e ARN determinariam o aparecimento de proteínas alteradas, que levariam à produção de anticorpos que reagiriam com diversos componentes orgânicos.

Apesar de atraente e da existência de alterações das funções imunitárias celular e humoral na pessoa idosa normal, a teoria imunológica do envelhecimento carece de provas definitivas, pois as alterações observadas podem ser conseqüência e não causa do envelhecimento.

Teorias Baseadas em Alterações Celulares e Macromoleculares

Teoria do Equívoco ou do Erro Catastrófico de Orgel

As teorias que se baseiam em erros na síntese de proteínas têm sua origem no fato que a disfunção celular seria resultante de erros nos mecanismos precursores da formação protéica, ou seja, no ADN e ARN, e nas fases de transcrição e translação. A primeira possibilidade seria que a alteração ocorreria no ADN, constituindo a teoria do erro primário. Admitiu-se posteriormente que as alterações poderiam ocorrer em outras fases da síntese de proteínas, podendo essas modificações ser observadas em vários níveis ao mesmo tempo. Baseado nesta hipótese é que Orgel[27] propôs a teoria do equívoco ou do erro catastrófico. Admitiu este autor que ocorreriam erros na produção enzimática, principalmente de polimerases, enzimas que, como foi referido, interferem na síntese de ARN a partir da transcrição pelo ADN. Assim, a transcrição por uma enzima alterada poderia determinar suspensão e/ou inversão de uma ou mais seqüências de bases purínicas ou pirimidínicas que constituem o código genético. A conseqüência da transcrição do equívoco seria a reunião de seqüências incorretas de aminoácidos, levando à produção de proteínas anormais, que terminariam por levar à deterioração orgânica e à morte. Para comprovação de sua hipótese, Orgel[27] sugeriu que se provocasse a pro-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dução de proteínas anormais, alimentando cobaias com aminoácidos não utilizados na síntese protéica normal, e se observassem os efeitos. Os resultados obtidos, porém, foram inconclusivos.

Além disso, outros argumentos se contrapõem à hipótese de Orgel[27], pois pesquisas básicas sobre o envelhecimento têm mostrado que a transcrição e translação mantêm-se inalteradas com o avançar da idade e que o envelhecimento é caracterizado pela constância da seqüência de aminoácidos de uma grande variedade de proteínas fisiologicamente importantes.

Diminuição na Produção de Proteínas

Mesmo que não se admita a teoria do erro catastrófico, a maioria dos trabalhos tem revelado redução da síntese protéica, tanto em vegetais como em animais de várias espécies, inclusive no homem. Haveria, então, uma produção mais lenta por parte das células idosas quando comparadas com a das mais jovens. Embora se desconheça a causa dessa redução, é possível que ela possa ocorrer nos diversos estágios metabólicos da síntese de proteínas.

Alterações Protéicas Pós-Translacionais

Um fator freqüentemente ignorado por muitos estudiosos é a possibilidade que modificações na estrutura da proteína possam ocorrer na pós-síntese, ou seja, depois de serem produzidas. Isto é, mesmo que a transcrição e translação permaneçam inalteradas, poderia haver acúmulo de proteínas alteradas com o avançar da idade. Tais alterações pós-translacionais poderiam, portanto, constituir fator fundamental para redução da função celular. Essas modificações que surgem na pós-síntese seriam resultantes de alterações enzimáticas que ocorreriam com a idade.

Essas modificações têm sido observadas em proteínas constituintes da hemácia e do cristalino, possivelmente por fosforilação, acetilação ou glicolisação. Esta última parece ser responsável pela acentuação da opacificação do cristalino e, eventualmente, pelo desenvolvimento de catarata. A presença de moléculas protéicas anormais em células idosas poderia ser também resultado da redução da degradação. Segundo Makrides[17], o balanço de evidências sugere que a degradação em animais intactos diminui com a idade. Acrescente-se que o caminho via lisossomo acha-se significativamente alterado com o envelhecimento.

Assinale-se finalmente que as alterações pós-translacionais poderiam ser responsáveis pelas ligações cruzadas entre macromoléculas, constituindo a base para a teoria das ligações cruzadas, que será exposta com alguns detalhes mais adiante.

Uma das críticas que é feita a esse mecanismo, segundo Hayflick[12], é que faltam evidências, de certa forma esperadas, de graus variados de alteração translacional na mesma classe de moléculas em diferentes espécies, a despeito da acentuada diversidade de duração de vida das mesmas.

Teoria do Uso e Desgaste

Esta teoria levanta a hipótese de que a morte, segundo Hayflick[12], ocorre porque os organismos não podem se renovar constantemente, acumulando danos que ocorrem aleatoriamente com o passar do tempo. Haveria alterações no sistema de lesão/reparação celular, de certa forma já expostas em outra seção deste capítulo, ou seja, ocorreriam modificações no ADN sob influência de fatores diversos, particularmente os externos. Teorias baseadas na lesão do ADN admitem que alterações ou erros acumulados durante a vida poderiam exercer influência sobre todo o organismo. Um dos mecanismos propostos deu origem a teoria do erro catastrófico de Orgel[27], cujas bases e críticas já foram assinaladas. Assim, uma das críticas formuladas contra essa teoria é que transcrição e translação mantêm-se inalteradas com a idade. Este fato, porém, não exclui a existência de lesões no ADN relacionadas à idade, uma vez que esta molécula não exerce somente papel na síntese protéica, mas também funções reguladoras.

A teoria que tem como base lesão e reparação desta molécula admite que ela é constantemente lesada durante toda a vida e que o mecanismo de reparação encontra-se alterado com o envelhecimento, acarretando declínio progressivo da função celular. Essas alterações foram de fato observadas com o avançar da idade, porém sua correlação com a duração da vida não foi confirmada, sugerindo que as alterações da reparação do ADN não são importantes ou que as investigações não se aprofundaram suficientemente na avaliação deste mecanismo.

Alterações Baseadas nas Mutações Somáticas

A teoria das mutações somáticas do envelhecimento tem, pelo menos em parte, ligação com os meca-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nismos citados anteriormente, já que alguns autores admitem que uma alteração no sistema de reparação da molécula de ADN poderia resultar em mutações, isto é, modificação na seqüência desta molécula. É possível, também que tais mutações possam ser transferidas para as células filhas.

Esse mecanismo apóia-se na existência de aberrações cromossômicas nas células somáticas, que se acentuam com o envelhecimento. Schimke e col[31] alegam que estas aberrações são devidas a múltiplos locais de replicação do ADN no cromossoma, levando a uma exagerada replicação de certos segmentos dessa molécula e, subseqüentemente, à geração de uma grande variabilidade de rearranjos e aberrações. Schmooker e col., estudando a senescência de células somáticas humanas normais *in vitro,* evidenciaram variações inter e intraclonais no genótipo e no fenótipo.

Com base em tais achados, alegam esses autores que haveria acúmulo dessas alterações durante a vida, gerando heterogeneidade celular, que poderia explicar, inclusive, maior prevalência de doenças que são de origem clonal, tais como câncer e aterosclerose.

Alterações Baseadas em Modificações Genéticas

Teoria do Relógio Biológico

Há inúmeras evidências que constituem apoio à idéia de que fatores genéticos são fundamentais no processo de envelhecimento. Assim, acredita-se que cada espécie de ser vivo apresenta uma duração máxima de vida, que seria determinada pelo seu padrão genético. A avaliação da herança infelizmente é difícil, pois o envelhecimento é um processo complexo, soma de vários fatores que agem durante a vida. Por esse motivo, os seres vivos inferiores, de vida mais curta, é que têm sido mais estudados. No homem e em várias outras espécies animais, estudos realizados com irmãos gêmeos demonstraram que a longevidade tem base genética. Na prática clínica constatam-se casos de envelhecimento precoce (progeria infantil ou síndrome de Hutchinson Gilford, e progeria do adulto ou síndrome de Werner), cuja causa parece ser a deficiência ou ausência de sistemas enzimáticos, determinada por genes autossômicos recessivos.

Outro exemplo é o mongolismo, que é determinado por alteração do cromossomo 21, onde se dá trissomia total ou parcial. Sem entrar em considerações a respeito do quadro clínico, ocorre evidente manifestação de envelhecimento precoce, particularmente no sistema nervoso central. Observam-se à necropsia placas senis, degeneração neurofibrilar, degeneração grânulo-vacuolar e calcificação dos gânglios da base.

Proeminente entre as teorias genéticas, situa-se a teoria do envelhecimento programado. Os autores que a defendem admitem que as células teriam um relógio biológico intrínseco, ou seja, uma seqüência de eventos programados dentro do genoma, que daria origem ao processo de envelhecimento, e que nada mais seria do que a continuação do programa de diferenciação, isto é, uma extensão do programa de crescimento e desenvolvimento.

Obedecendo a esta mesma visão encontra-se o fenômeno da morte celular programada também chamada apoptose, em que a vida das células já está preestabelecida no material genético de cada indivíduo. Neste caso, o ácido desoxirribonucléico apresenta mecanismos de memória do número de divisões celulares e, após determinado número de divisões, inicia-se uma cascata de eventos que culmina com a morte celular.

Outro fato que merece ser destacado é que eventos biológicos ocorrem nas várias espécies na mesma época, relativamente à idade de sobrevida máxima da espécie. De fato, no rato, os eventos mais importantes ocorrem em épocas similares às do homem, apesar de o rato ter sobrevida máxima de três anos e o homem cerca de 115 a 120 anos. As várias espécies animais teriam, portanto, um relógio biológico, cuja regulação é feita de maneira diferente nas várias espécies, mantendo se, porém, sempre a mesma relação entre os eventos.

Os achados de Hayflick e Moorhead[11], analisados com detalhes em outra seção deste capítulo, dão um forte apoio a esta teoria. Esses autores demonstraram que células diplóides humanas, quando cultivadas *in vitro,* possuem uma capacidade de proliferação finita e que as células do idoso dividem-se em menor número de vezes que as do jovem. Demonstraram que há uma correlação entre o número de divisões e a duração máxima de vida de uma determinada espécie. Observaram também que, à medida que as células aproximam-se da divisão final, ocorriam alterações celulares, inclusive cromossômicas, sugerindo que haveria também deterioração protéica.

Relacionada ao conceito de replicação das células somáticas normais, admitiu-se, mais recentemente, a participação efetiva dos telômeros — que são as extremidades dos braços curtos dos cromossomos — no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fenômeno do envelhecimento. A hipótese telomérica da senescência sugere que o encurtamento desta estrutura estaria relacionado às replicações celulares já citadas e, portanto, ao envelhecimento e à morte celular, agindo como um verdadeiro relógio biológico mitótico celular. Hayflick[12] propôs que as células normais são mortais porque os telômeros encurtam a cada divisão celular. Como estas células têm capacidade limitada de divisões, possivelmente as alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento surgiriam em seu interior. Este mecanismo ou hipótese telomérica da senescência parece constituir uma base genômica do fenômeno do envelhecimento, levando à perda da informação genética e ao prejuízo da transcrição do código genético, acarretando desequilíbrio entre lesão e reparação do ADN.

Outro fato que merece ser citado é que separando-se o núcleo do citoplasma, aquele sobrevive mais. A reconstituição de células com núcleo jovem e citoplasma velho mostrou que elas mantinham a capacidade de dividir, o mesmo não ocorrendo com associação de núcleo idoso e citoplasma jovem. Parece, portanto, que o controle do relógio biológico seria exercido pelo núcleo.

Teoria das Ligações Cruzadas

Já nos referimos às ligações cruzadas entre moléculas de ADN e deste com proteínas, por ação de agentes oxidantes, de radiação ou de certas substâncias químicas, o que poderia modificar o código genético.

Mais importante, porém, são as ligações cruzadas entre moléculas de colágeno. É suficiente neste momento assinalar que o aumento da rede de ligações cruzadas prejudica a permeabilidade dos vasos sangüíneos, dificultando a passagem de nutrientes e metabólitos entre esses e as células. Em decorrência desse processo de difusão inadequada, haveria prejuízo da função celular e redução de sua viabilidade. Ressalte-se que com o envelhecimento há modificações da enzima colagenase sobre as ligações cruzadas, sendo o colágeno mais velho mais resistente à ação dessa enzima.

Considerações Finais

Procuramos dar ao leitor uma visão abrangente dos aspectos biológicos do envelhecimento, embora sabendo que uma análise mais ampla de todos os conhecimentos a respeito do tema, exigiria não apenas um capítulo, mas vários, o que fugiria ao escopo deste livro.

Além disso, procuramos trazer uma série de conhecimentos sobre mecanismos de envelhecimento que, embora tivessem dado origem a teorias, talvez, como referimos anteriormente, fossem mais bem considerados como fatores que influenciam o envelhecimento. Verdadeiros fatores, mecanismos ou autênticas teorias, o certo é que, isoladamente, nenhum deles explica tudo o que hoje se sabe a respeito do processo de envelhecimento. Por outro lado, é também verdade que nada pode ser rigorosamente descartado.

Referências Bibliográficas

1. Austad SN, Fischer KE. Mammalian aging, metabolism, and ecology: evidence from the bats and marsupials. J Gerontol Biol Sci; 1991; 46: B47.
2. Bourg EL. Evolutionary theories of aging: handle with care. Gerontology; 1998; 44: 345.
3. Carlin CR et al. Diminished in vitro tyrosine kinase activity of the EGF of senescent human fibroblasts. Nature; 1983; 306:607.
4. Carlson JC, Riley JCM. A consideration of some notable aging theories. Exp Gerontol; 1998; 33: 127.
5. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M, Pasini U et al. Avaliação da imunidade celular e humoral em indivíduos idosos. Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo; 1987; 42: 213.
6. Davies I. Theories and general principles of aging. In: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit RM (eds.).Textbook of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 1992, p. 26.
7. Finch CE, Felicio LS, Mobbs CV et al. Ovarian and steroidal influences on neuroendocrine aging process in female rodents. Endocr Rev; 1984; 5: 467.
8. Forbes WF, Hirdes JP. The relationship between aging and disease: geriatric ideology myths of senility. J Am Geriatr Soc; 1993; 41: 1267.
9. Goletz TJ, Hensler PJ, Ning Y et al. Evidence for a genetic basis for the model of system of cellular senescence. J Am Geriatr Soc; 1993: 41:1255.
10. Harmon D. Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. J Gerontol; 1956: 11: 298.
11. Hayflick L, Moorhead PS. The serial cultivation of human diploid cell strains. Exp Cell Res; 1961; 25: 585.
12. Hayflick L. The cell biology of aging. Clin Geriatr Med. 1: 15; 1985.
13. Jeckel Neto EA, Cunha GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL et al. (eds.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 13.
14. Knight JA. The process and theories of aging. Ann. Clin Lab Sci; 1995; 25: 1.
15. Latronico AC, Giacaglia LR. Insuficiência aguda da glândula supra-renal. In: Papaléo Netto M, Brito FC (eds.). Urgências em Geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 181.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

16. Makinodan T, Good R, Kay MMB. Immunology and aging. In: Makinodan T, Yunis El (eds.). Comprehensive immunology. New York: Plenum Press; 1977. p. 9.
17. Makrides SC. Protein synthesis and degradation during ageing and senescence. Biol Rev; 1983; 58: 343.
18. Martin GM, Sprague CA, Epstein CJ. Replicative lifespan of cultivated human cells. Effects of donor's age, tissue and genotype. Lab Invest 23:86; 1970.
19. Masoro EJ, Austad SN (eds.). Handbook of biology of aging. 5th ed. San Diego: Academic Press. San Diego; 2001.
20. McCarter R, Masoro EJ Yu BP. Does food restriction retard aging by reducing the metabolic rate? Am J Physiol; 1985; 248: E488.
21. McCay CM, Crowell MF, Maynard LA. The effect of retarded growth upon the life span and upon ultimate body size. J Nutr; 1935; 10: 63.
22. McCay CM. Clinical aspects and the effect of diet upon aging. In: Lansing AL (eds.). Cowdry's problems of aging, biological and medical aspects. Baltimore: Williams and Wilkins; 1952.
23. Miller RA. The biology of aging and longevity. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP et al. (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 3rd ed. Nova York: McGraw Hill; 1994. p. 3.
24. Mobbs CV. Neuroendocrinology of aging. In: Schneider EL, Rowe JW (eds.). Handbook of biolgy of aging. 4th ed. San Diego: Academic Press; 1996. p. 234.
25. Odgen DA, Micklem HS. The fate of serially transplanted bone marrow cell populations from young and old donors. Transplantion; 1976; 22: 287.
26. Olovnikof AM. Telomeres, telomerase, and aging: origin of theory. Exp Gerontol; 1996; 31(4): 443.
27. Orgel LE. The maintenance of the accuracy of protein synthesis its relevance to aging. Proc Natl Acad Sci USA; 1963; 49:517.
28. Papaléo Netto M, Borgonovi N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 44.
29. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Garcia YN. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3.
30. Pearl R. The rate of living. London: University of London Press; 1928.
31. Rowe JW, Wang S. The biology and physiology of aging. In: Rowe JW, Besdine RW (eds.). Geriatric medicine. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Co; 1988. p. 1.
32. Schimke RT et al. Overreplication and recombination of DNA in higher eukariotes: potential consequences and biological implications. Proc Natl Acad Sci USA; 1986: 83:2157.
33. Vargas HS (ed.). Psicogeriatria geral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
34. Vijg F, Horbech GFMF Ageing at molecular level: implications for clinical practice. In: Horan MA, Brouwer A (eds.). Gerontology: approaches to biomedical and clinical research. London: Edward Arnold; 1990. p. 66.
35. Walford RL The extension of maximum life span. Clin Geriatr Med; 1985; 1: 29.
36. Weindruch R, Walford RL. The retardation of aging and disease by dietary restriction. Springfield: Charles C. Thomas; 1988.
37. Weismann A. Essays upon heredity and kindred biological problems. 2nd ed. Oxford: Clarendon Press; 1891.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

8 Fisiologia do Envelhecimento

Eurico Thomaz de Carvalho Filho

Introdução

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte.

Comfort[11] conceitua o envelhecimento baseado na capacidade funcional. Segundo ele, o envelhecimento se caracteriza por uma redução da capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional.

O estudo do processo de envelhecimento do ponto de vista científico ficou sempre relegado a um plano secundário, pois não havia interesse em se despender verba e tempo nem em se utilizar laboratórios sofisticados para estudar uma fase do ser vivo em que ele deixa de ser produtivo e passa a ser, muitas vezes, dependente.

No entanto, o aumento acentuado do número de idosos nas últimas décadas e o fato de grande número deles permanecer em atividade e produzindo, fizeram com que o interesse pelo estudo do envelhecimento fosse se desenvolvendo progressivamente. Assim, na segunda metade deste século, os estudos experimentais e clínicos se multiplicaram, e muitos aspectos do envelhecimento e do idoso passaram a ser discutidos e melhor conhecidos.

Atualmente considera-se que o envelhecimento relaciona se fundamentalmente com alterações das proteínas que compõem o organismo. Elas constituem cerca de 15% dos componentes orgânicos e são os elementos responsáveis pela formação de estruturas nobres do organismo, como células, tecidos e órgãos, sendo também componentes dos sistemas bioquímicos relacionados à produção de energia.

Existem, como exposto no Capítulo 7, diversas teorias que procuram explicar essa alteração protéica no envelhecimento, sendo que duas delas são mais aceitas pelos pesquisadores e provavelmente se completam a teoria da deterioração da síntese protéica e a teoria do relógio biológico. Além disso, existiriam diversos fatores que teriam influência sobre esse mecanismo de alteração protéica. Eles têm sido classificados em intrínsecos e extrínsecos. Entre os primeiros encontram-se a hereditariedade, os radicais livres, as alterações imunológicas, e, entre os últimos, a alimentação, as variações climáticas e a radioatividade.

Essas alterações da síntese protéica refletem-se nas células, nos tecidos e nos órgãos, alterando-os morfológica e funcionalmente.

Alterações Celulares

As células envelhecem com velocidades diferentes de acordo com o órgão a que pertencem. Assim, as células das vilosidades intestinais têm duração de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dias, as células dos órgãos sexuais secundários só entram em atividade mitótica na puberdade, e os neurônios do sistema nervoso central não se dividem.

Segundo Cowdry, as células humanas podem ser classificadas em quatro grupos, segundo o grau de diferenciação:

- *células relativamente indiferenciadas*, destinadas a produzir outras células, como, por exemplo, as células basais da epiderme e as células primordiais do sangue;
- *células derivadas do grupo anterior*, com diferenciação funcional progressiva, capazes de se dividir até chegar à etapa final de diferenciação;
- *células diferenciadas*, como as do fígado, rim, tireóide, que raramente se dividem, mas têm potencial para tanto em caso de necessidade;
- *células que não se dividem*, como os neurônios e as fibras miocárdicas.

As alterações determinadas pelo envelhecimento são passíveis de reparação nas células dos dois primeiros grupos, porém, nas células do terceiro e, principalmente, do quarto grupo elas são definitivas e irreversíveis.

Alterações Nucleares

Várias alterações no nível do núcleo são observadas, sendo o seu significado funcional importante. Em condições experimentais, juntando-se núcleo de célula jovem com citoplasma de célula idosa, o conjunto se comporta como jovem, enquanto que associando núcleo de célula idosa com citoplasma de célula jovem, o comportamento será de idoso.

No envelhecimento, o núcleo apresenta modificação de tamanho, inclusões e aumento do número e do tamanho dos nucléolos. As alterações cromossômicas que consistem de modificações da forma, fragmentação e encurtamento são muitos importantes.

Alterações Citoplasmáticas

O achado mais característico do processo de envelhecimento consiste no acúmulo de grânulos ou pigmentos castanho-amarelados após coloração pela hematoxilina e eosina, denominados lipofuscínicos. Sua composição química é heterogênea, mas contém 25% de lípides, daí sua denominação. A sua origem é discutível, acreditando alguns autores tratar-se de "lixo celular", ou seja, restos de organelas citoplasmáticas. Até o momento não se comprovou que ele comprometa a função celular, porém, como tem sido aventada sua origem mitocondrial, o pigmento poderia ser indicador de alteração dessa estrutura, com repercussão na capacidade de produção de energia.

São descritas também modificações de tamanho, forma e quantidade de mitocôndrias. Entretanto, enquanto alguns autores descrevem maior tamanho e menor quantidade, outros encontraram o inverso.

Fragmentação do aparelho de Golgi, modificações do sistema retículo endoplasmático e ruptura de lisossomos são também observadas no envelhecimento.

Alterações da Membrana Celular

A membrana celular provavelmente também apresenta modificações no envelhecimento. Um dos mecanismos propostos para essa alteração seria a peroxidação de lípides insaturados da membrana por radicais livres hidroxila. Haveria formação de radicais peroxi-, hidroperoxi- e também de aldeídos deles derivados, todos compostos tóxicos para a membrana.

Alterações dos Componentes Celulares

Admite-se que haja um acúmulo de água intracelular nas mitocôndrias e no interior do retículo endoplasmático. A redução do conteúdo aquoso intracelular se daria por diminuição do número de células do organismo.

Há ainda, com o envelhecimento, um decréscimo da capacidade celular de reter potássio em seu interior e de manter o sódio em seu exterior por deficiência de Na^+,K^+ ATPase (adenosinotrifosfatase) da membrana.

Pode ocorrer também acúmulo de glicogênio a ponto de formar vacúolos visíveis, aparentemente sem prejuízo para as funções celulares. Há também acúmulo de gordura acompanhado de alterações na sua estrutura. No adulto normal a gordura está dispersa no citoplasma sob a forma de micelas não detectáveis pelos métodos convencionais de microscopia, enquanto no idoso pode se acumular sob forma de grânulos visíveis.

Alterações Teciduais

Em todos os tecidos do organismo observam-se alterações durante o envelhecimento. Elas variam de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

intensidade dependendo do indivíduo e do tecido considerado, verificando-se que em algumas pessoas essas modificações predominam em certos setores do organismo e em outras em localização diversa.

O melhor exemplo dessas modificações encontra-se no tecido conectivo que, além de ter sido o mais estudado, está distribuído por todos os setores do organismo. Ele é formado por um componente celular — fibroblasto —, incluído em matriz extra-celular formada por um gel amorfo constituído por um complexo de proteoglicanos e glicoproteínas denominado substância fundamental, além de proteínas fibrosas, que compreendem os sistemas de fibras colágenas e elásticas.

Os elementos constituintes do tecido conectivo alteram-se no envelhecimento tanto quantitativa como qualitativamente. Tais eventos se devem a mudanças nos fibroblastos que secretam os componentes, e também a alterações ulteriores das moléculas formadas.

Sistema Colágeno

O colágeno é a proteína mais encontrada no organismo. É formado principalmente pelos aminoácidos glicina, prolina e hidroxiprolina, que constituem cadeias polipeptídicas e que se unem formando o tropocolágeno. Moléculas de tropocolágeno se unem constituindo o colágeno, que se dispõe em forma de fibrilas e de fibras que se entrelaçam formando uma estrutura rígida e quase inextensível.

Estudos químicos, físico-químicos e de difração de raio X evidenciaram que todas as moléculas de colágenos apresentam três cadeias de aminoácidos. Diversos tipos de colágeno têm sido identificados através de variações dessas cadeias. O tipo I predomina nos tecidos intersticiais, derme, tendões e ossos. O tipo II está presente na cartilagem hialina e no olho, enquanto o tipo III encontra-se associado ao tipo I, porém em menor proporção. O colágeno presente na membrana basal pertence ao tipo IV.

A transformação metabólica do colágeno é lenta, ocorrendo em anos, o que é compatível com a função de proteína estrutural. A destruição do colágeno é realizada por colagenases especificas produzida em pequenas quantidades, quando necessário.

Com o envelhecimento mais colágeno é formado, surgem ligações cruzadas na molécula e há maior resistência à ação da colagenase. Em conseqüência, aumenta a rigidez dos tecidos e há maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para os capilares, o que ocasionaria deterioração progressiva da função celular.

Sistema Elástico

O sistema elástico é o componente do tecido conectivo responsável pela sua elasticidade. Ele se distribui mais seletivamente que o colágeno, encontrando-se em maior quantidade nos tecidos e órgãos que sofrem maior ação de tração e extensão, como pele, parede arterial e pulmão.

As fibras do sistema elástico são formadas por proteínas nas quais predominam os aminoácidos desmosina, isodesmosina e lisinonorleucina. Do ponto de vista morfológico distinguem-se três tipos de fibras constituintes de sua fase evolutiva: as oxitalânicas, que são as mais precoces e que evoluem para as elaunínicas e estas para as elásticas, que são as maduras.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações mais evidentes nas fibras elásticas maduras, observando-se aumento na quantidade de fibras, alteração na sua composição de aminoácidos, fragmentação e irregularidades de forma, além de depósito de cálcio. Tais alterações determinam mudanças nas características funcionais das fibras, ocasionando redução da elasticidade dos tecidos que as contêm.

Na pele, a alteração mais observada com o envelhecimento é a fragmentação das fibras elásticas. Em ratos observou-se que as fibras elásticas cutâneas tornam-se progressivamente tortuosas e com superfície irregular. As tortuosidades significam que as fibras ficaram estiradas e a seguir perderam a elasticidade, determinando, como conseqüência, dobras ou rugas.

Em estudos morfológicos de aorta humana observou-se, no envelhecimento, fragmentação das fibras elásticas acompanhada de depósito de lípides e de cálcio, o que determinaria redução da elasticidade. Quanto à composição de aminoácidos, verificou-se que a elastina obtida da aorta de idosos difere daquela obtida de jovens.

Estudo morfoquantitativo em pulmão humano evidenciou que no envelhecimento havia manutenção do número de fibras, porém com alterações degenerativas e modificações da composição de aminoácidos.

No miocárdio ventricular humano foi verificado que, com o progredir da idade há aumento da quantidade de fibras do sistema elástico, porém estas são

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mais espessas, apresentam superfície irregular e menor número de microfibrilas.

Conceito de Senescência e de Senilidade

Ao se considerar o envelhecimento de um ser vivo, e particularmente do homem, é de fundamental importância distinguir o que é conseqüência desse processo daquilo que é secundário a processos patológicos, freqüentes nessa fase da vida.

Os conceitos de senescência ou senectude e de senilidade já foram emitidos em capítulos precedentes, cabendo, porém, neste momento, algumas considerações. Assim, entende-se por senescência as alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em conseqüência do processo de envelhecimento, e por senilidade as modificações determinadas pelas afecções que freqüentemente acometem os indivíduos idosos.

A diferenciação entre estas duas condições é por vezes extremamente difícil, existindo situações nas quais há grande dificuldade em definir se uma determinada alteração é manifestação de senescência ou de senilidade. Por outro lado, a evolução dos conhecimentos tem feito com que condições, consideradas inicialmente como manifestações de senescência, sejam hoje definidas como doenças, e vice-versa. Um exemplo interessante desse fato é o da evolução da pressão arterial sistêmica com a idade. Devido às modificações do sistema cardiocirculatório, observa-se uma elevação progressiva tanto da pressão arterial sistólica como da diastólica, sendo que níveis de até 140/90mmHg são considerados normais no idoso. Até fins da década de 1970, muitos autores consideravam que níveis de pressão mais elevados seriam fisiológicos, constituindo uma tentativa do organismo de compensar as obstruções ateroscleróticas arteriais, mantendo a circulação dos vários órgãos. Hoje, porém, sabe-se que a hipertensão arterial, mesmo no indivíduo idoso, é um importante fator de risco de morbidade e mortalidade cárdio e cerebrovascular.

Algumas alterações observadas no envelhecimento, quando mais acentuadas, podem relacionar-se com doenças. Assim, as placas senis e a aterogênese ocorrem durante o envelhecimento normal, porém, quando muito freqüentes, caracterizam respectivamente a doença de Alzheimer e a aterosclerose.

Nessa exposição serão analisadas somente condições que são conseqüência do processo de envelhecimento, deixando-se de lado os processos patológicos freqüentes nessa faixa etária.

Alterações Orgânicas

Composição Corpórea

A composição corpórea altera-se com o desenvolvimento e o envelhecimento (Fig. 8.1). A água, principal componente, corresponde a 70% do organismo na criança, a 60% no adulto jovem e a 52% no idoso. A redução verificada no idoso em relação ao adulto jovem refere-se, principalmente, ao conteúdo intracelular. Enquanto no adulto jovem a relação água intracelular:extracelular é de 2:1, no idoso é de 1,5:1. Essa redução não parece ser devida à diminuição da água de cada célula, mas conseqüência da menor massa celular no idoso.

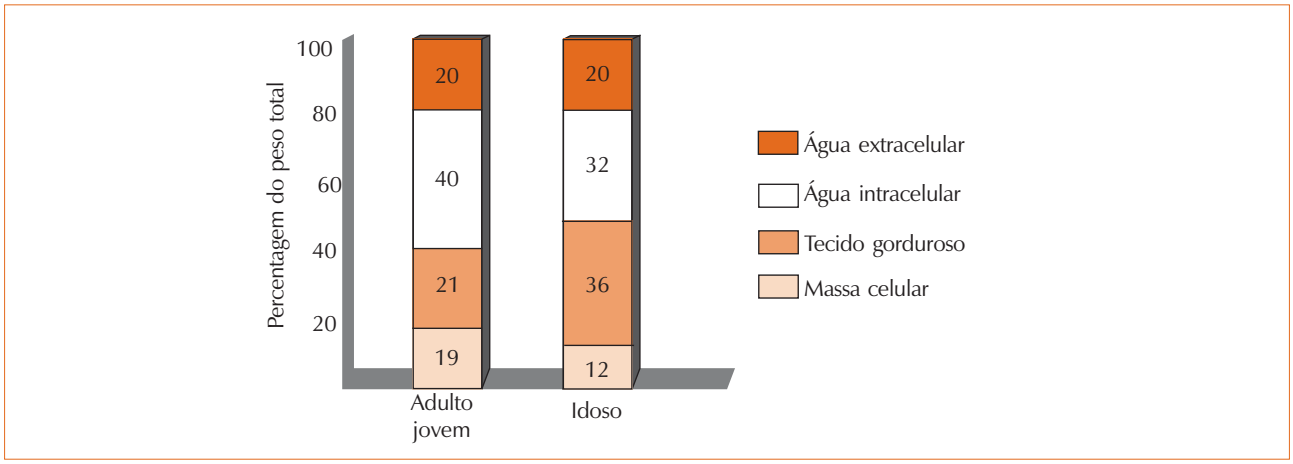


Fig. 8.1 Composição corpórea em água extra e intracelular, gorduras e massa celular.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Devido à redução do componente aquoso do organismo, o idoso pode ser considerado um "desidratado crônico" e, mediante perdas moderadas de líquido, já apresenta desidratação evidente. Por outro lado, a reposição líquida nesses indivíduos deve ser lenta e cuidadosa para evitar sobrecarga cardiocirculatória, pois o compartimento extracelular também é reduzido.

Já o componente adiposo tende a aumentar e a apresentar distribuição centrípeta no envelhecimento, depositando-se a gordura principalmente no subcutâneo do tronco, nos epíplons e ao redor de vísceras como rins e coração. Como o tecido adiposo é anidro e apresenta menor densidade que a água, observa-se que a densidade corpórea do idoso, que é de 1,03, é menor que aquela do adulto jovem, que é de 1,07. Nas mulheres, como o depósito de gordura é maior, a densidade corpórea é menor que a do homem na mesma faixa etária.

A massa celular do organismo, que é de aproximadamente 19% no adulto jovem normal não obeso, cai para 12% nas mesmas condições, ocasionando redução do potássio total, que na maior parte é intracelular; menor consumo de oxigênio, quando este é expresso por unidade de peso corpóreo; e diminuição do peso e volume da maioria dos órgãos.

O conteúdo mineral ósseo também apresenta-se reduzido no idoso (5%), em relação ao adulto jovem (6%).

Estatura

A estatura mantém-se até os 40 anos. A partir dessa idade reduz-se cerca de um centímetro por década, acentuando-se essa redução após os 70 anos. Esse fato é conseqüência das alterações da coluna (achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais e cifose dorsal), do arqueamento dos membros inferiores e do achatamento do arco plantar, sendo mais acentuado no sexo feminino. Em pacientes idosos, uma das maneiras de verificar a altura aproximada quando jovens é através da envergadura.

Peso

Devido às alterações da composição corpórea no idoso, há tendência à redução do peso após os 60 anos de idade. Quando após essa idade o peso se mantém inalterado ou eleva-e, isso se deve ao acúmulo de gordura.

Para melhor avaliação do peso de um indivíduo em relação à sua altura, tem sido utilizada a relação peso em kg/altura^2 em metro, denominada índice de Quetelet. A aplicação desse índice no idoso apresenta uma restrição importante, devido à redução da altura com o envelhecimento.

Em conseqüência da diminuição da massa celular do organismo, a grande maioria dos órgãos apresenta redução do peso no envelhecimento. Assim, o peso do fígado diminui de 1.500g aos 20 anos para 1.250g aos 80 anos, o do cérebro diminui de 1.400g para 1.200g, o do rim de 280g para 220g e o do pâncreas de 70g para 60g (Fig. 8.2).

Alterações Morfológicas

Diversas estruturas do organismo apresentam modificações morfológicas no envelhecimento. Dentre estas se destacam: aumento da circunferência do crânio; aumento da amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos, originando a conformação facial típica do idoso; aumento do diâmetro ântero-posterior e redução do diâmetro transverso do tórax, constituindo o chamado tórax senil; aumento do diâmetro ântero-posterior do abdome e do diâmetro biilíaco; redução da prega cutânea tricipital e manutenção da subescapular, conseqüência da distribuição centrípeta do tecido adiposo.

Alterações Funcionais

Acompanhando as alterações morfológicas e estruturais do envelhecimento, ocorre o comprometimento funcional. Ele ocorre em todos os setores do organismo, sendo variável de indivíduo para indivíduo.

As alterações funcionais do envelhecimento foram classificadas por diversos autores de várias maneiras. Kenney[20] propõe duas classificações simples e práticas que permitem reunir essas alterações em grupos definidos.

Primeira Classificação de Kenney

- Funções que são totalmente perdidas. Exemplo: capacidade de reprodução no sexo feminino.
- Funções que se alteram paralelamente às modificações morfológicas. Exemplo: redução da capacidade funcional renal paralelamente à diminuição do número de néfrons.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

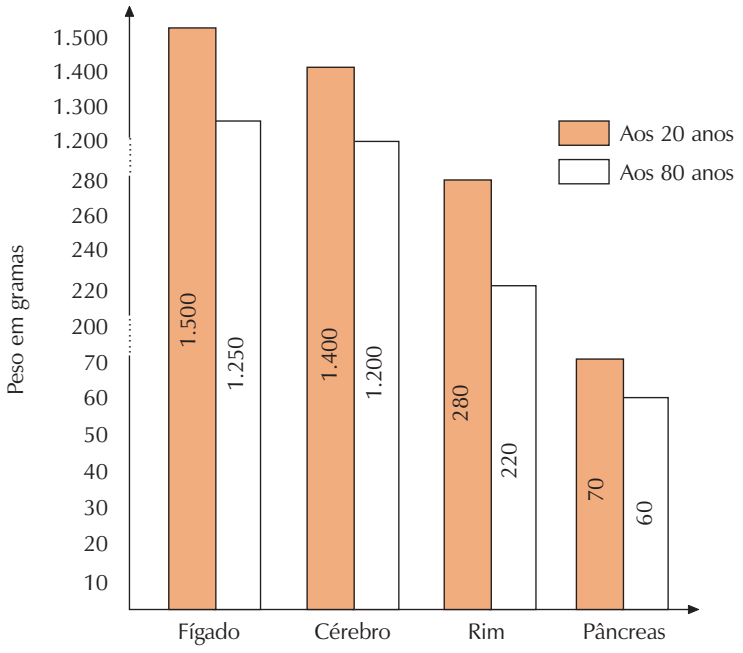


Fig. 8.2 Peso em gramas dos órgãos aos 20 e aos 80 anos de idade.

- Funções alteradas sem modificações morfológicas correspondentes. Exemplo: redução da velocidade de condução observada nas fibras nervosas.
- Alterações secundárias à interrupção de um mecanismo de controle. Exemplo: teores circulantes de gonadotrofinas elevam-se no sexo feminino durante o climatério, devido à redução dos níveis de estrógeno e progesterona.
- Aumento da função pode ser observado em alguns setores em determinadas condições. Exemplo: secreção aumentada de hormônio antidiurético em resposta à elevação da pressão osmótica plasmática.

Segunda Classificação de Kenney

- Função afetada em condições basais ou de repouso: é o que ocorre com as alterações dos órgãos dos sentidos (presbiopia, presbiacusia, alteração do olfato e da gustação). A alteração funcional em condições basais pode ser também eventualmente observada quando a modificação estrutural determinada pelo envelhecimento é muito acentuada. Assim, Rose e Wilson, estudando anatomopatologicamente indivíduos muito idosos portadores de insuficiência cardíaca congestiva, não encontraram doença específica em 38% dos casos.
- Função afetada apenas quando o órgão ou sistema é solicitado a aumentar a atividade: é o que ocorre com funções cardíaca, pulmonar, renal e hepática.

A Fig. 8.3 mostra o comportamento de algumas variáveis funcionais em pessoas idosas, cujos valores encontram-se expressos em porcentagem dos encontrados em indivíduos jovens. A análise do comportamento de algumas dessas variáveis foi anteriormente feita, enquanto a de outras será realizada mais adiante. O que se pode notar desde já é a grande variabilidade de declínio quando se compara, por exemplo, a reserva cardíaca e o débito cardíaco em repouso.

Função Cardíaca

O processo de envelhecimento determina diversas alterações no sistema cardiocirculatório.

No pericárdio e endocárdio há aumento do colágeno. No miocárdio há degeneração de fibras musculares com atrofia, hipertrofia das remanescentes,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

aumento dos sistemas colágeno e elástico, depósito de gordura e de substância amilóide, acúmulo de pigmento lipofuscínico. Nas valvas, espessamento e calcificação ocorrem principalmente na mitral e aórtica. O sistema de produção e condução do estímulo apresenta redução do número de células específicas, fibrose, infiltração gordurosa e de substância amilóide. Essas alterações anatômicas acompanham-se de modificações bioquímicas. Assim, observa-se limitação do ATP disponível, da atividade da ATPase, da capacidade de oxidação e de mobilização do cálcio.

Nas grandes artérias há aumento do componente colágeno e perda do componente elástico, ocasionando maior rigidez da parede. Nas arteríolas observa se aumento da espessura da parede e redução de sua luz. No sistema nervoso autônomo há diminuição do teor adrenérgico e menor resposta cardiovascular aos estímulos simpático e parassimpático.

A deterioração da função cardíaca com o envelhecimento é variável de indivíduo para indivíduo. Pode-se presumir que as diferenças funcionais observadas entre os pacientes refletiriam diferentes intensidades de envelhecimento, porém deve-se levar em conta a possibilidade de associação de afecções ocultas, como as coronariopatias.

As funções ventriculares sistólica e diastólica alteram-se no envelhecimento. Verifica-se aumento de 2 mseg por década na fase de ejeção, provavelmente em conseqüência da mobilização mais lenta do Ca^{++} do sistema sarcotubular para as proteínas contráteis e também pela redução do teor adrenérgico do miocárdio. A fase de relaxamento cardíaco também aumenta pela mobilização mais lenta do Ca^{++} das proteínas contráteis para o sistema sarcotubular. Devido à hipertrofia muscular e às alterações dos sistemas colágeno e elástico, observa-se redução da complacência da parede ventricular.

O prolongamento da fase de relaxamento e a diminuição da complacência alteram a função diastólica do ventrículo esquerdo, tornando os idosos mais suscetíveis à insuficiência cardíaca diastólica.

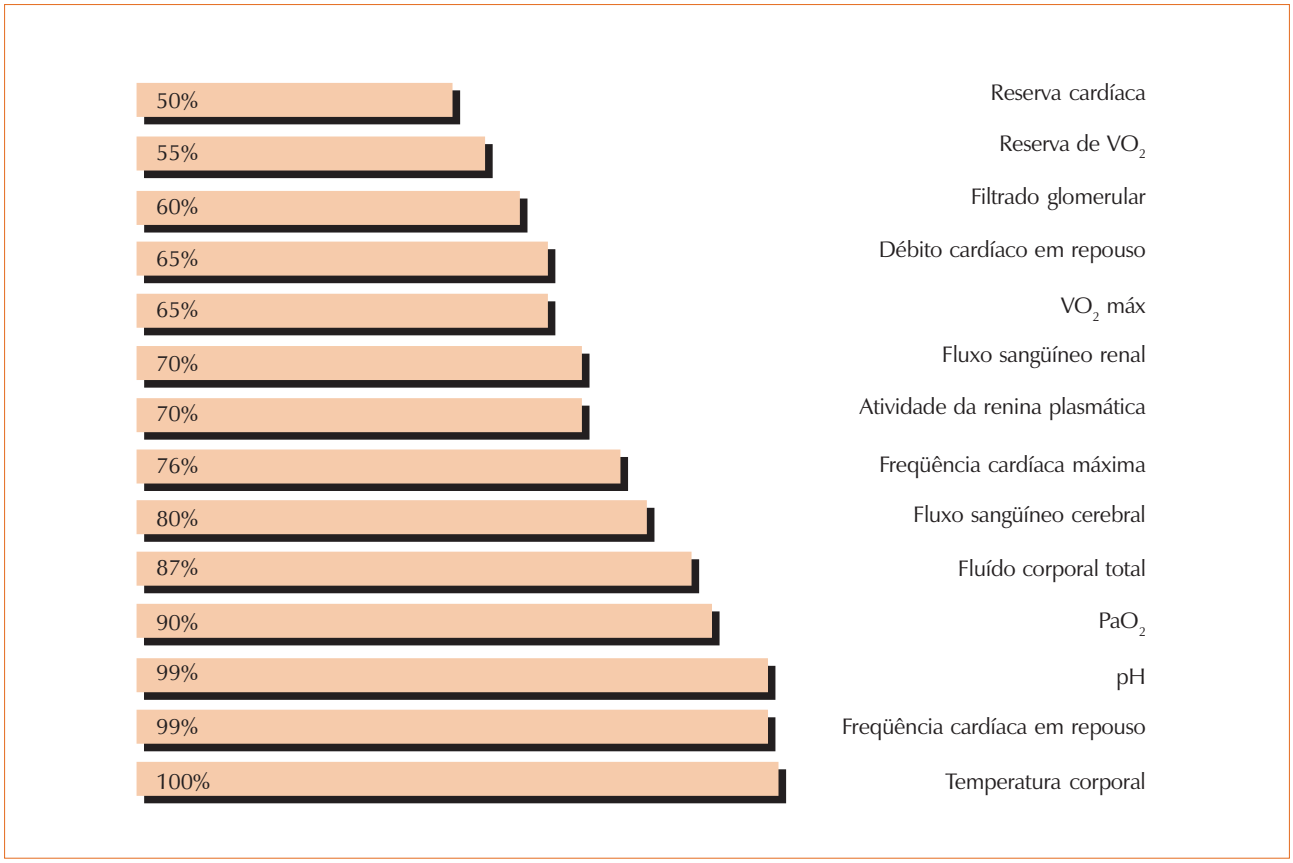


Fig. 8.3 Algumas variáveis funcionais em idosos, cujos valores estão expressos em porcentagem dos encontrados em pessoas jovens.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Devido às alterações morfológicas e bioquímicas, os diversos índices de avaliação da função cardíaca apresentam-se modificados no envelhecimento. Utilizando-se vários métodos para calcular a fração de ejeção, como ecocardiograma, mapeamento radioisotópico e cateterismo, em indivíduos rigorosamente selecionados, não se tem evidenciado diferenças significativas entre as várias faixas etárias em condições de repouso. Quando o coração é submetido a sobrecarga, no entanto, todos os estudos têm demonstrado que no envelhecimento ocorre redução do débito cardíaco e da fração de ejeção.

O consumo máximo de oxigênio ao exercício (VO_2max) declina com o progredir da idade na proporção de 1% ao ano entre os 25 e os 75 anos (Fig. 8.3).

O enchimento ventricular, evidenciado pelo ecocardiograma, está significativamente reduzido no idoso, mesmo em repouso. Essa deficiência refere-se principalmente ao enchimento ventricular passivo, tornando mais importante o enchimento ativo que depende da sístole atrial.

Em conseqüência do comprometimento do sistema de produção e condução do estímulo cardíaco e do sistema de controle simpático e parassimpático, diversas alterações têm sido evidenciadas no idoso. A freqüência cardíaca basal tende a reduzir-se, sendo observadas freqüências próximas do limite inferior da normalidade (50 a 60 batimentos por minuto). A freqüência cardíaca máxima tende a diminuir, observando-se que após os 65 anos de idade atinge em média 130 batimentos por minuto.

As alterações do ritmo cardíaco são observadas com certa freqüência em idosos, predominando as extrasístoles supraventriculares e ventriculares, encontradas em 80% a 90% dos casos. Eventualmente, em idosos com coração aparentemente normal, verifica-se o aparecimento de fibrilação atrial, que às vezes é assintomática e evidenciada em exames de rotina.

Clinicamente observa-se que, em condições basais, a função cardíaca é suficiente para as necessidades orgânicas. No entanto, em condições de sobrecarga, como esforços excessivos, emoções, febre, anemia, infecções, hipertireoidismo, a reduzida capacidade de reserva pode ser responsável pela descompensação.

As Figs. 8.3 e 8.4 mostram que a diminuição do débito cardíaco nos idosos, quando comparada com a de jovens, é mais acentuada na condição de esforço do que na de repouso.

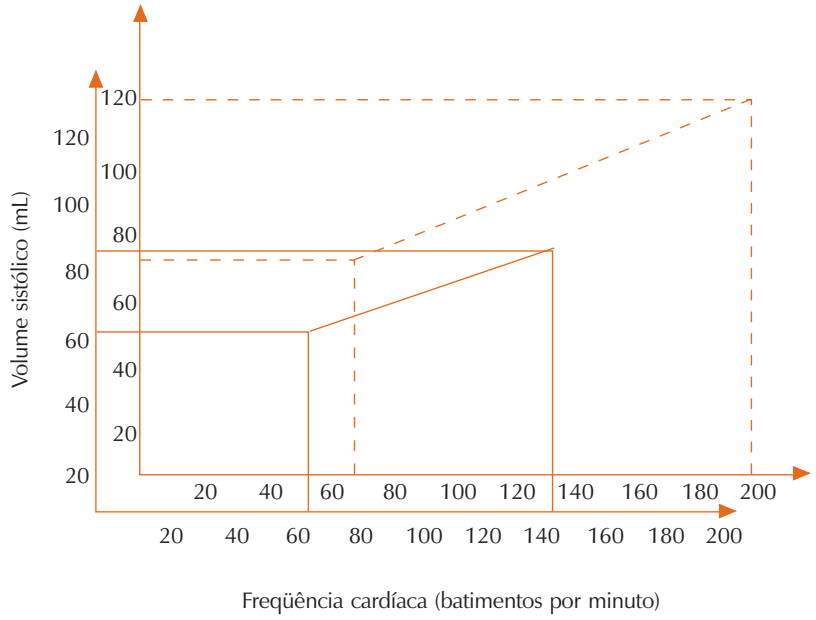


Fig. 8.4 Débito cardíaco (Freqüência cardíaca × Volume sistólico) em repouso e reserva cardíaca de jovens (linhas pontilhadas) e de idosos (linhas cheias).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Função Pulmonar

Todas as estruturas relacionadas à respiração alteram-se no envelhecimento. Devido às modificações dos mecanismos reguladores da respiração, sejam eles quimiorreceptores, centros de controle do sistema nervoso central e músculos efetores, verifica-se diminuição da resposta ventilatória às variações das pressões parciais de oxigênio (PO_2) e de gás carbônico (PCO_2) no sangue.

As modificações da morfologia torácica, que determinam a configuração do tórax senil ou "em barril", a redução da elasticidade e a atrofia dos músculos esqueléticos acessórios da respiração, reduzem a capacidade de expansão da caixa torácica.

Nos pulmões há alterações dos sistemas colágeno e elástico que ocasionam diminuição da elasticidade ou complacência. As paredes das vias aéreas intrapulmonares tornam-se menos resistentes, facilitando o colabamento expiratório. Há dilatação dos bronquíolos respiratórios, dos ductos e sacos alveolares, levando ao aspecto anatômico impropriamente chamado de enfisema senil.

Normalmente, na inspiração a pressão pleural é negativa, principalmente nos ápices pulmonares, distendendo alvéolos e vias aéreas de menor calibre. No idoso diminuem a força de expansão torácica e a pressão negativa intrapleural, com menor distensão alveolar e de vias aéreas intrapulmonares.

Funcionalmente o sistema respiratório do idoso encontra-se comprometido. Um teste simples para avaliação consiste na tentativa de apagar uma vela à distância de 15cm, soprando com a boca totalmente aberta.

Nas provas funcionais respiratórias observa-se que o idoso apresenta modificações em relação ao jovem. Por esse motivo, as fórmulas empregadas nos cálculos levam em conta a idade do indivíduo para determinar os valores normais. Quanto aos volumes pulmonares verifica-se no idoso redução dos volumes de reserva inspiratório (VRI) e expiratório (VRE), aumento do volume residual (VR) e manutenção do volume corrente (VC). A capacidade vital (VC + VRI + VRE) diminui 20mL/ano após os 40 anos de idade, porém a capacidade pulmonar total (capacidade vital + VR) mantém-se inalterada, pois o volume residual aumenta 20mL/ano.

Devido ao colabamento precoce das vias aéreas de pequeno calibre durante a expiração, observa-se diminuição do volume expiratório forçado do primeiro segundo, do fluxo expiratório forçado entre 25% e 75% da capacidade vital e também redução da ventilação voluntária máxima.

As alterações alveolares e do tecido conectivo intersticial determinam diminuição da difusão alvéolo-capilar após os 40 anos de idade. Em conseqüência da redução da superfície alveolar, da ventilação alveolar, da perfusão capilar, da difusão alvéolo-capilar verifica-se redução da pressão parcial de oxigênio no sangue arterial de 4mmHg/década, após os 30 anos de idade, chegando a 75 a 80mmHg aos 70 anos de idade. Como o gás carbônico é cerca de 20 vezes mais difusível que o oxigênio, a pressão parcial do gás carbônico no sangue arterial não se altera pelo processo de envelhecimento.

Em conseqüência destas modificações observa-se que nos idosos há insuficiência respiratória restritiva, obstrutiva e difusional. No entanto, esta deficiência torna-se evidente apenas em condições de esforço ou quando o idoso apresenta um processo patológico pulmonar, que vai somar-se às alterações determinadas pelo envelhecimento.

Função Renal

Os rins apresentam diversas alterações morfológicas durante o processo de envelhecimento. Observam-se redução do tamanho e do peso dos rins, diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal, esclerose e hialinização glomerulares, aumento do tecido conjuntivo intersticial e alterações tubulares.

Os vasos sangüíneos parecem ser as primeiras estruturas renais a apresentar alterações. Estudos histológicos têm demonstrado comprometimento aterosclerótico das artérias interlobares, arqueadas e interlobulares. Takazura e col. demonstraram dois tipos de alterações nas arteríolas glomerulares. Nos glomérulos corticais, a esclerose leva à obstrução das arteríolas aferente e eferente com isquemia glomerular e tubular. Nos glomérulos justa-medulares, como a arteríola eferente é mais calibrosa que a aferente, forma-se um *shunt* entre ambas, com manutenção do fluxo pós-glomerular.

Do ponto de vista funcional verifica-se que o fluxo plasmático reduz 10% por década após os 50 anos e a filtração glomerular diminui cerca de 35% a 50% entre os 20 e os 90 anos de idade. Paralelamente à queda da filtração glomerular ocorre declínio da função tubular, alterando-se a capacidade de concentração e diluição urinárias.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em condições basais, a função renal é suficiente para atender às necessidades orgânicas, porém em condições de sobrecarga, como por exemplo administração aguda de sódio e água, não se observa pronta e rápida excreção renal compensadora como no jovem, levando às vezes à hipervolemia e descompensação cardíaca.

As alterações renais do envelhecimento implicam a necessidade de ajustar a dose a ser administrada de medicamentos que são eliminados pelos rins. Por outro lado, essas alterações constituem-se em fatores de risco para o desenvolvimento de insuficiência renal aguda após o emprego de substâncias nefrotóxicas como contrastes radiológicos e antibióticos aminoglicosídeos.

Função Digestiva

O processo de envelhecimento determina alterações orgânicas e funcionais em todas as estruturas que compõem o aparelho digestório.

Na cavidade oral, além das alterações dentárias, verifica-se redução da secreção da saliva, acompanhada de modificação de sua composição. Ha redução da mucina salivar responsável pela proteção e lubrificação da mucosa bucal, assim como da ptialina, responsável pela digestão inicial dos polissacárides.

Os distúrbios da deglutição associam-se a mau prognóstico devido ao risco de regurgitação e pneumonia aspirativa. A disfagia orofaríngea ocorre por comprometimento da função salivar, da motricidade da língua, palato e faringe, além de perda do tônus do músculo cricofaríngeo, responsável pelo esfíncter superior do esôfago. A disfagia esofágica tem como principal causa o presbiesófago, que se caracteriza por menor amplitude das contrações peristálticas síncronas que conduzem o alimento e pela presença de contrações assíncronas que dificultam a progressão.

No estômago, a atrofia da mucosa determina hipo ou aclorídria basal e estimulação, que ocorrem em um terço dos idosos, tornado o esvaziamento gástrico mais lento.

No intestino delgado observa-se alargamento e achatamento das vilosidades com redução da superfície de absorção. Entretanto, estudos baseados em biópsias jejunais não têm evidenciado alterações celulares em idosos normais. Há redução do fluxo sangüíneo mesentérico e provavelmente motilidade diminuída por alteração dos plexos mioentéricos.

Diversos estudos têm sido realizados procurando avaliar a absorção do intestino delgado no envelhecimento. O teste da d-xilose, empregado para avaliar a absorção de hidratos de carbono não se altera significativamente quando é realizada a dosagem plasmática e correção para a superfície corporal. A absorção de gorduras encontra-se comprometida devido à redução da secreção de lípase pancreática, o que pode prejudicar a absorção de vitaminas lipossolúveis. Os estudos sobre absorção de aminoácidos e proteínas são escassos, porém após ingestão de dieta hiperprotéica a excreção de nitrogênio fecal é maior em idosos do que em jovens.

A análise morfológica dos cólons evidencia atrofia da mucosa, aumento do tecido conectivo, atrofia da camada muscular e comprometimento dos plexos nervosos. Funcionalmente, há tendência à constipação intestinal em conseqüência das alterações colônicas, da redução da atividade física e da menor ingestão de fibras e líquidos.

No envelhecimento há redução do fluxo sangüíneo hepático e, em decorrência desse fato, há diminuição do metabolismo de substâncias que são extraídas da circulação já em sua primeira passagem pelo fígado. Isto ocorre com várias drogas como lidocaína e propranolol, e pode ser medido pela depuração do verde-de-indocianina.

Morfologicamente verifica-se diminuição do volume e do peso do fígado, correspondente à redução da massa celular hepática funcionante. Entretanto, o fígado apresenta grande reserva funcional e essa redução celular não afeta o metabolismo hepático em condições basais.

Os teores séricos de transaminases e de outras enzimas encontram-se dentro de níveis normais, porém a depuração de bromossulfaleína, método utilizado para avaliar a capacidade metabólica hepática, encontra-se alterada.

Nos idosos, observa-se que a associação de afecções hepáticas ou mesmo extra-hepáticas, que secundariamente comprometem o fígado, como a insuficiência cardíaca congestiva, determinam freqüentemente manifestações de insuficiência hepática funcional.

No pâncreas, macroscopicamente, observa-se redução global do tamanho e do peso, com substituição de parte de seu parênquima por tecido colágeno. A secreção exócrina basal não se altera no idoso em relação ao jovem, porém há diminuição da produção

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pancreática máxima, tanto hidroeletrolítica, como enzimática. Alguns estudos sugerem um comportamento diferente, caracterizado por secreção de amilase, tripsina e bicarbonato normais, com redução de 20% na secreção de lípase, o que interferiria na absorção intestinal de gordura.

Mecanismos de Homeostase

A manutenção do organismo em condições estáveis é obtida através de diversos mecanismos de controle.

O meio interno é constantemente influenciado pela atividade celular e pelo ambiente exterior. Para evitar sua alteração, o organismo lança mão de mecanismos de ajustamento.

Em condições basais, a manutenção da homeostase é mais fácil, porém habitualmente diversos fatores, inclusive agindo associadamente, interferem, como por exemplo, a atividade física, as condições climáticas, a exposição a poluentes, sobrecargas psicoemocionais etc.

Segundo Comfort[11], a capacidade de manutenção do meio interno seria a principal diferença entre jovens e idosos, tanto que este autor conceitua o envelhecimento como a incapacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional. Como essas ocorrem freqüentemente, o idoso pode ter seu poder de equilíbrio muitas vezes ultrapassado.

Sistema Nervoso

O sistema nervoso constitui o principal fator de integração das atividades orgânicas, sendo fundamental para manutenção da homeostase.

Os centros reguladores localizam-se no cérebro que, no homem aos 70 anos de idade tem uma redução de 5% de seu peso e aos 90 anos, de 20%. A atrofia é observada tanto na camada cortical como na substância branca. O estudo de Brody[4] demonstrou que o estoque de neurônios de um indivíduo é de cerca de dez bilhões, sendo que após 25 a 30 anos de idade há uma perda diária de 50 a 100 mil. Esta perda celular é maior no córtex e menor no tronco cerebral, onde geralmente se localizam os centros reguladores da homeostase.

Os neurônios do sistema nervoso central comunicam-se por meio de sinapses, nas quais são liberadas substâncias denominadas neurotransmissores, responsáveis pela passagem do estímulo de um neurônio a outro. No envelhecimento verifica-se também diminuição da liberação de neurotransmissores.

Os centros reguladores são estimulados por receptores que se localizam em vários pontos do organismo. Observa-se diminuição da sensibilidade dos barorreceptores ou receptores de pressão, que se localizam principalmente nas paredes da croça da aorta, e das artérias carotídeas, provavelmente devido à redução da elasticidade da parede. O mesmo ocorre com os quimiorreceptores, localizados principalmente na parede do arco aórtico, nas artérias carotídeas internas e no sistema nervoso central, e que são suscetíveis às variações das pressões parciais de oxigênio e gás carbônico e do pH.

Alterações degenerativas da pele determinam redução dos receptores cutâneos ou exterorreceptores e os remanescentes têm menor sensibilidade. Assim, os idosos têm menor percepção da temperatura ambiente e de suas variações, além de apresentarem diminuição da sensibilidade táctil.

Os estímulos recebidos pelos receptores são transmitidos ao sistema nervoso central por vias nervosas aferentes, e do sistema nervoso central aos efetores, por vias eferentes. Estudos em animais têm demonstrado que há diminuição da velocidade de condução em ambas as vias, devido, pelo menos em parte, à menor liberação de neurotransmissores, tanto no sistema simpático como no parassimpático.

As estruturas efetoras, como musculatura lisa, musculatura esquelética e glândulas, também se alteram, tanto qualitativa como quantitativamente com o envelhecimento.

Alguns exemplos mostram de maneira clara a deficiência do sistema nervoso na manutenção da homeostase no idoso. Assim, a queda da pressão arterial sistêmica leva a uma menor elevação da freqüência cardíaca no idoso em relação ao jovem e a sua elevação determina menor redução da freqüência cardíaca. Quando o idoso é submetido à baixa temperatura ambiente, leva mais tempo para iniciar o tremor muscular e, por outro lado, tem menos massa muscular para executá-lo e, assim, elevar a temperatura corpórea. Outro exemplo observado com freqüência em pacientes idosos febris é que a sudorese, mecanismo utilizado pelo organismo para reduzir a temperatura, demora mais tempo para ocorrer e é menos acentuada que no jovem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sistema Endócrino

O envelhecimento altera todo o sistema endócrino, porém as modificações são mais acentuadas em algumas estruturas que em outras, dependendo do indivíduo. O comprometimento é observado nas células glandulares, na secreção hormonal, nos receptores hormonais e nas células-alvo.

A inter-relação entre os fatores neurológico e hormonal é muito evidente e tem como objetivo a manutenção da homeostase em qualquer situação de estresse. A ruptura dos mecanismos de homeostase por diversos estímulos físicos ou emocionais desencadeia uma série de reações que se destinam a manter o equilíbrio homeostático e que constituem a chamada síndrome geral de adaptação. Nesta síndrome, a reação é comandada pelo eixo hipotálamo–hipófise–supra-renal e mediada pelas catecolaminas e glicocorticóides, que são essenciais para o retorno à normalidade homeostática. No entanto, quando a secreção destes compostos prolonga-se além do necessário, ela se torna nociva, induzindo aumento do catabolismo, comprometimento imunológico e alterações do metabolismo de hidratos de carbono.

Em ratos idosos observou-se que a resposta ao estresse permanece inalterada, porém a secreção de glicocorticóides é mais prolongada que em animais mais jovens. Por outro lado verificaram se alterações no hipocampo relacionadas à idade e também se evidenciou que a lesão experimental do hipocampo determina hipersecreção crônica de glicocorticóides. Em seres humanos idosos, os poucos estudos realizados mostraram normalidade do eixo hipotálamo–hipófise–supra-renal, inclusive no teste de supressão de ACTH pela dexametasona. Entretanto, como no rato, há alteração do hipocampo no envelhecimento.

O hormônio do crescimento, produzido pela hipófise, é o principal hormônio anabolizante do organismo, exercendo importante ação na síntese protéica e na lipólise. Estimula o crescimento tecidual, sendo sua ação mediada pelo fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-I).

A síntese e a secreção do hormônio de crescimento pela hipófise resultam da ação de dois péptides hipotalâmicos: o hormônio liberador (estimulante) e a somatostatina (inibidora). A partir da terceira década de vida, a produção de hormônio de crescimento diminui aproximadamente 14% por década, resultando em menores níveis séricos do mesmo e do IGF-I, cuja produção hepática é por ele regulada.

No envelhecimento, demonstrou-se que os níveis basais de IGF-I são diminuídos, sendo sua redução progressiva com o aumento da idade. Em cultura de fibroblastos, evidenciou-se que a ação do IGF-I na síntese de ADN e na replicação de células está diminuída quando estas provêm de pessoas idosas ou de portadores de Progéria. Esse é o motivo pelo qual alguns autores consideram que o hormônio de crescimento teria importância no processo de envelhecimento.

Rudman e col.[28], administrando hormônio de crescimento a idosos durante seis meses, verificaram, após esse período, aumento da espessura da pele, da massa muscular esquelética e da densidade de alguns ossos. Esses resultados levaram outros autores a preconizar o uso de hormônio de crescimento para tentar reverter algumas manifestações do envelhecimento. Este processo, no entanto, é muito mais complexo, abrangendo todos os setores do organismo e não apenas a pele, os músculos esqueléticos e os ossos. Por outro lado, deve ser também considerado que a administração prolongada desse hormônio pode causar diversas manifestações, entre as quais hipertensão arterial, *diabetes mellitus,* hipertrofia cardíaca e agravamento da aterosclerose.

O hormônio antidiurético tem grande importância na manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico. Assim, em ratos tem sido observada redução de sua secreção no envelhecimento. No homem idoso, no entanto, verifica-se com freqüência excesso ou potencialização da ação desse hormônio, seja por aumento da sensibilidade dos osmorreceptores, evidenciado após administração de solução salina hipertônica; por menor inibição da secreção, observada após infusão de álcool; ou por metabolização diminuída.

A secreção aumentada de hormônio antidiurético a vários estímulos é maior no indivíduo idoso, facilitando o desenvolvimento de hiponatremia.

A síndrome da secreção inadequada de hormônio antidiurético caracteriza-se pela concentração elevada deste hormônio no plasma, sem que haja qualquer estímulo fisiológico para sua elevação. Cerca de três quartos dos pacientes portadores desta síndrome têm mais de 65 anos de idade. Ela pode surgir em diversas situações de estresse, traumatismos graves, infecções agudas, pós-operatório, afecções do sistema nervoso central, carcinoma de pulmão, pâncreas ou próstata.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta síndrome deve ser aventada em indivíduos que apresentam hiponatremia (sódio plasmático inferior a 130mEq/L, concentração urinária de sódio superior a 20mEq/L e osmolaridade urinária superior à plasmática).

Outro hormônio que exerce papel na regulação da homeostase é a melatonina, que é produzida pela glândula pineal a partir de triptamina, e que diminui com o envelhecimento. Ela apresenta níveis mais elevados durante o período noturno, influenciando o sono. Parece ter um papel protetor de estruturas do sistema nervoso central, pois, experimentalmente, a lesão cerebral causa mais danos em animais com deficiência do hormônio.

Estudos *in vitro* evidenciam que a melatonina protege contra lesões causadas por radicais livres, agindo como removedor fisiológico de radicais hidroxila e peroxil. Assim, a redução no idoso poderia diminuir a proteção antioxidante, pois ainda age estimulando a ação de glutatião peroxidase. Outras ações exercidas pela melatonina seriam a estimulação do sistema imunológico e a manutenção da homeostase do cálcio intracelular.

A ação da melatonina no processo de envelhecimento, através desses vários mecanismos, ainda é discutível. Os dados mais evidentes referem-se a pesquisas, nas quais camundongos idosos que receberam enxerto de glândula pineal de animais jovens apresentaram maior longevidade.

A alteração endocrinológica mais evidente no envelhecimento talvez seja a redução da produção estrogênica no climatério. Além das modificações observadas nos órgãos sexuais secundários e no comportamento psicológico, são de grande importância as mudanças do metabolismo ósseo, levando à osteopenia, e à aceleração do mecanismo de aterosclerose, determinando acentuado aumento da freqüência de processos cárdio e cerebrovascular.

Como se sabe, a mulher tem uma expectativa de vida ao nascer de cinco a sete anos maior que a do homem, sendo um dos fatores aventados para explicar essa diferença a menor incidência de complicações da aterosclerose no sexo feminino devido ao fator estrogênico.

A dihidroepiandrosterona (DHEA) é secretada pela zona reticular do córtex supra-renal e transformada em seu derivado sulfato (DHEAS) no fígado. Esses esteróides circulam no sangue do homem e de outros primatas em taxas relativamente elevadas, atingindo seu máximo valor no homem aos 20 anos de idade, caindo posteriormente de maneira progressiva, chegando, aos 60 anos, a um terço ou menos do valor máximo.

O declínio da DHEAS correlaciona-se com maiores taxas de morbidade e mortalidade. Níveis baixos de DHEA são habitualmente encontrados em portadores de neoplasia, *diabetes mellitus*, doenças neurodegenerativas, artrite reumatóide, esclerose múltipla e doenças cardiovasculares (no sexo masculino).

A administração de DHEA a animais de laboratório aumenta a expectativa de vida e corrige vários aspectos da senescência. Na espécie humana, há poucas referências sobre a eficácia da DHEA na melhora e prevenção de doenças. Há atualmente diversas investigações com resultados controversos sobre a associação entre DHEA e medidas antropométricas. Recentemente, Abassi e col. evidenciaram em seres humanos correlação positiva entre DHEA e porcentagem de massa tecidual sem gordura, HDL-colesterol, testosterona, capacidade aeróbica máxima e atividade física. Correlação negativa foi observada com a idade, quantidade total de gordura e porcentagem de gordura corpórea em homens e não nas mulheres. Outros autores também verificaram diferenças entre os sexos quanto a correlação da DHEA e certos parâmetros, como mortalidade e doença cardiovascular, evidenciando um maior efeito do hormônio em homens.

A maneira como agiria a DHEA ainda é controversa. Ela pode ser convertida em andrógenos mais potentes, como testosterona e dihidrotestosterona, e há estudos sugerindo que pode interagir com o hormônio de crescimento, aumentando os níveis de IGF-I. Em animais de laboratório, a DHEA tem ação antiglicocorticóide, o que impediria a ação catabólica dos glicocorticóides. Algumas pesquisas têm evidenciado que a DHEA melhora a capacidade imunitária, tem ação antioxidante, melhora a memória e tem efeito antidepressivo.

O sistema renina angiotensina aldosterona tem papel relevante no controle da pressão arterial, através da regulação do tono vascular e do volume plasmático. Este sistema também está envolvido na regulação do equilíbrio de sódio e potássio, através da ação tubular da aldosterona.

No envelhecimento, observa-se redução de 30% a 40% na atividade da renina plasmática (Fig. 8.3), o que pode determinar um estado de hipoaldostero-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nismo hiporreninêmico e, como conseqüência, hiponatremia, hipercalemia e hipotensão ortostática.

Sistema Imunológico

O sistema imunológico é um importante fator regulador do funcionamento harmônico do organismo. A maior incidência de doenças infecciosas, neoplásicas e auto-imunes em pessoas idosas tem sido associada às alterações da imunidade celular e humoral nessa faixa etária.

A maior parte das alterações imunológicas tem sido correlacionada com a involução e atrofia do timo, que, de forma gradual, nos primeiros 50 anos de vida do homem, perde até 95% de sua massa e de sua capacidade de produzir hormônios.

A atividade imunológica é exercida através dos linfócitos T, dos linfócitos B e de um mecanismo de equilíbrio exercido especialmente por subpopulações de linfócitos auxiliares e supressores.

Experiências em animais, principalmente ratos, dão ênfase à hipótese de que a deficiência imunológica precede o envelhecimento, porém a transposição deste fato para o homem necessita de confirmação. Pesquisas realizadas em idosos evidenciaram que os portadores de comprometimento imunológico e maior taxa de auto-anticorpos apresentavam índice mais elevado de mortalidade.

Avaliação da Idade Biológica

Todo ser vivo apresenta um padrão genético que condiciona o seu desenvolvimento e envelhecimento. Ele também sofre a influência de inúmeros fatores do meio ambiente que, pelo menos experimentalmente, podem alterar esses processos. Existe um comportamento diferente dos animais em relação aos fatores ecológicos, de acordo com sua posição na escala zoológica. Assim, os vertebrados de sangue frio são muito mais suscetíveis às variações de temperatura do que os homeotérmicos.

A duração máxima da vida ou longevidade, de maneira geral, não se altera sob a influência do meio ambiente, apesar das exceções que podem ocorrer, como, por exemplo, a observação clássica do aumento da sobrevida determinada em roedores pela restrição calórica na dieta.

No homem, tem se procurado estudar diferentes grupos populacionais em todas as etnias e nas condições socioeconômicas as mais variadas. Para testar nesses indivíduos o grau de desenvolvimento ou envelhecimento e compará los entre si, utilizam-se diversas provas de desempenho físico e mental.

Como o envelhecimento se caracteriza por alteração progressiva, anatômica e funcional nos diversos órgãos e sistemas, tem-se procurado utilizar uma "bateria de testes". Assim, Bourlière cita uma série de 12 medidas antropométricas, 26 fisiológicas relativas aos vários sistemas e nove provas psicométricas que, com algumas variações, foram utilizadas por diversos autores que se dedicaram ao estudo do processo de envelhecimento em diferentes grupos populacionais. Esta "bateria de testes" deve ser sempre complementada com história clínica, antecedentes e exame clínico completo do indivíduo.

Até o momento, os estudos realizados em todo o mundo nos mais diversos grupos populacionais e sob as mais variadas condições de meio ambiente e de nutrição não permitiram conclusões definidas. Observou-se, todavia, que o processo de envelhecimento é semelhante nos vários grupos estudados. A partir da terceira década da vida humana, há progressiva involução morfológica e funcional, mais evidente em alguns sistemas que em outros. Borkan[2] analisou 1.086 indivíduos com 17 a 102 anos de idade. O estudo iniciou-se em 1958 com controles a cada 18 meses, tendo sido analisadas 24 variáveis, abrangendo os vários setores, sendo os resultados considerados em relação à idade. Assim, obteve-se o valor médio para cada variável em cada faixa etária, determinando-se quantos e quais itens um indivíduo tem acima ou abaixo dos valores médios para sua idade. Através desse método foi possível observar maior taxa de morbidade e mortalidade em indivíduos que apresentavam mais variáveis abaixo da média esperada para a faixa etária.

Referências Bibliográficas

1. Abraas IB. The biology and physiology of aging. West J Med; 1990; 153:641.
2. Borkan GA, Norris AH. Assessment of biological age using a profile of physical parameters. J Gerontol; 1980; 35:174.
3. Blocklehurst J, Tallis RC, Fillit HM (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. Churchill Livingstone, London, Madrid, New York; 1992.
4. Brody H. Organization of the cerebral cortex. III. A study of aging in human cerebral cortex. J Comp Neurol; 1955; 102:511.
5. Buffington CK. DHEA: elixir of youth or mirror of age? J Am Geriatr Soc; 1998; 46:391

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

6. Carter W. Effect of anabolic hormones and insulin-like growth factor-I on muscle mass and strength in elderly persons. Clin Geriatr Med; 1995; 11:735.
7. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M, Pasini U et al. Avaliação da imunidade celular e humoral em indivíduos idosos. Rev Hosp Clin Fac S. Paulo; 1987; 42:213, 1979.
8. Carvalho Filho ET, Paschoal SMP. Coração do idoso: envelhecimento cardíaco. Ver Soc Cardiol Estado de São Paulo; 1996; 6:499.
9. Carvalho Filho ET, Carvalho CAF, Souza RR. Modificações das fibras do sistema elástico no envelhecimento. Rev Ass Med Bras; 1996; 42:25.
10. Carvalho Filho ET, Carvalho CAF, Souza RR. Age related changes in elastic fibers of human heart. Gerontology; 1996; 42:211.
11. Comfort A. The biology of senescence. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1979.
12. Davies I. A physiological approach to ageing. In Horan MA, Brouwer A (eds.). Gerontology. Approaches to biomedical and clinical research. Edward Arnold, London, Melbourne and Auckland; 1990. p. 84
13. Dunhill MS, Halley W. Some observations on the quantitative anatomy of the kidney. J Pathol; 1973; 110:113.
14. Finck CE, Tanzi RE. Genetics of aging. Science; 1997; 278:407.
15. Geokas MC, Lakatta EG, Makinodan T, Timiras PS. The aging process. Ann Intern Med; 1990, 113:455.
16. Geokas MC, Conteas CN, Majumdar APN. The aging gastrointestinal tract, liver, and pancreas. Clin Geriatr Med; 1985; 1:177.
17. Goya RG, Bolognani F. Homeostasis, thymic hormones and aging. Gerontology; 1999, 45:174.
18. Hayflick I. The cell biology of aging. Clin Geriatr Med; 1985: 1:15.
19. Kaysen GA, Myers BD. The aging kidney. Clin Geriatr Med; 1985; 1:207.
20. Kenney R.A. Physiology of aging. Clin Geriatr Med; 1985; 1:37.
21. Kumpe PE, Knudson RJ, Parsons G, Reiser K. The aging respiratory system. Clin Geriat Med; 1985; 1:143.
22. Liberman S, Vilela JC, Carvalho Filho ET et al. Overnight profile of growth hormone secretion and stimulation in aging. Gerontologia; 1995; 3:170.
23. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. J Am Med Ass; 2003; 289:2387.
24. Morrison JH, Hof OR. Life and death of neurons in the aging braim. Science; 1997; 278:412.
25. Noth RH, Mazzaferri EL. Age and the endocrine system. Clin Geriatr Med; 1985; 1:223.
26. Penev PD, Zee PC. Melatonin: a clinicall perspective. Am Neurol; 1997; 42:545.
27. Rowlatt C, Franks LM. Aging in tissues and cells. In Blocklehurst JC (ed.). Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 2nd ed Churchill Livingstone, Edinburgh; 1978. p. 3.
28. Rudman D, Feller AG, Nagraj HS et al. Effects of human growth hormone in men over 60 years old. N Engl J Med. 1990; 323:1.
29. Serro Azul LG, Carvalho Filho ET, Décourt LV. Clínica do indivíduo idoso. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro; 1981.
30. Stem N, Tuck ML. Homeostatic fragility in the elderly. Cardiol Clin 1986; 4:201.
31. Taffet GE. Age-related physiologic changes. In Reuben DB, Yoshikawa TT, Besdine RW (eds.). Geriatric Review Syllabus. 3rd ed. New York: Kendall-Hunt Publishing Co; 1999. p.328.
32. Timo-Iaria C. Irigoyen MC, Krieger EM. Fisiologia do envelhecimento. In: Petroianu A, Pimenta LG (eds.). Clinica e Cirurgia Geriátrica. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro; 1999. p. 54.
33. Vernadakis A. The aging brain. Clin Geriatr Med; 1985; 1:61.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

9 Multidimensionalidade em Gerontologia I: Importância e Aplicações

Matheus Papaléo Netto
Denise Rodrigues Yuaso
Maria Inês Nunes

Introdução

As múltiplas facetas do processo de envelhecimento apontam para a necessidade de atenção abrangente à saúde do indivíduo idoso. Diga-se de passagem, esta forma de atuação está implícita no preconizado pela Organização Mundial da Saúde, ao estabelecer que saúde não é meramente ausência de doença, mas estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, o que coloca em relevância a melhoria da qualidade de vida. Acrescente-se, por sua vez, que a Organização Panamericana de Saúde, baseando-se nesta definição, assim se pronuncia: "quaisquer que sejam as atividades planejadas de promoção da saúde, deverão incluir atuação no campo biológico, psicossocial, político e legal". Destaca, ressaltando a importância da participação de uma equipe de profissionais, que a promoção da saúde dos idosos deverá estar a cargo de uma equipe interprofissional.

Este conhecimento, hoje mundialmente aceito, encontrou, até muito recentemente, grande dificuldade de ser colocado em prática, devido ao reduzido número de idosos nas sociedades desenvolvidas e ao menor ainda nos países em desenvolvimento. Isto somente passou a ser revertido com o aumento rapidamente crescente do número de idosos em todo mundo, que, através da pressão passiva decorrente deste fato, acarretou aumento dos conhecimentos, das implicações e da importância do fenômeno de envelhecimento.

É fácil entender que a avaliação multidimensional, ou seja, as múltiplas dimensões do processo, deve ser prioritariamente interdisciplinar, e que, no conjunto, deve constituir a chave para a formulação de um plano de cuidados e um esquema apropriado, preventivo e terapêutico para a manutenção da saúde do idoso.

Embora a avaliação multidimensional, diagnóstica e terapêutica possa ser realizada em idosos com afecções agudas, sua maior aplicação se dá em portadores de doenças crônicas. Justifica-se esta atitude, por ser este o grupo populacional que sobrevive com doenças crônicas controláveis, embora não curáveis, na tentativa de manutenção da autonomia e da independência, ou seja, na preservação ou melhoria da qualidade de vida.

Neste capítulo serão abordados os vários aspectos da avaliação multidimensional de idosos assistidos em ambulatórios, em seus domicílios, durante período de internação em hospitais e em instituições de longa permanência, em clínicas de reabilitação e em clínicas de pronto atendimento. Serão também enfatizados, além da anamnese, do exame físico e dos exames subsidiários julgados pertinentes, a avaliação do estado funcional, do estado mental, da condição social e, diretamente relacionada a esta, da participação dos fatores econômicos. Sob a denominação de "Considerações Iniciais" serão discutidos a concepção global do envelhecimento e o conceito e abrangência da avaliação multidimensional.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Considerações Iniciais

Concepção Global do Envelhecimento

A avaliação multidimensional do paciente idoso tem seu fundamento básico na provável origem e natureza do fenômeno do envelhecimento. Embora existam muitas dúvidas a respeito deste processo, devido à inexistência de um marcador biológico de seu início e, portanto, da impossibilidade de mensurá-lo, não parece haver dúvidas de que este fenômeno é multifatorial. Acredita-se que sobre uma base genética devem atuar fatores extrínsecos, reunidos sob o rótulo de estilo de vida, além de fatores psicossociais e ambientais, que determinam alterações funcionais, celulares e moleculares, e levam à diminuição da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, responsável pela maior vulnerabilidade à eclosão de doenças e à maior taxa de mortalidade (Fig. 3.1).

Ressalte-se que a maior ou menor participação dos fatores extrínsecos, ambientais e psicossociais tem sido responsabilizada pela grande heterogeneidade observada entre idosos, a ponto de Rowe e Khan[26] classificá-los em um dos dois tipos de envelhecimento normal: comum ou usual e saudável ou bem-sucedido.

Ressalte-se que, dando ênfase à importância dos diversos fatores citados, observam-se nos últimos anos de vida profundas mudanças na composição familiar e doméstica, que, por exemplo, pode ser o resultado da viuvez. Acrescentem-se problemas importantes de privações de ordem econômica, decorrentes de aposentadorias insatisfatórias, que podem, juntamente com os fatores psicossociais, como por exemplo, solidão, estar diretamente relacionadas às mudanças do estado de saúde da população idosa.

Estas considerações colocam em evidência que o processo de envelhecimento é um fenômeno multifatorial, o que justifica que a atenção à saúde da pessoa idosa deve ser prioritariamente multidimensional.

Conceito e Abrangência da Avaliação Multidimensional

Os fundamentos básicos da avaliação multidimensional tiveram início há aproximadamente sete décadas, quando começaram a ser incorporados à história clínica e ao exame físico os aspectos psicossociais, funcionais e métodos de tratamento que incluíam reabilitação e testes psicométricos, originários estes das ciências sociais.

A primeira publicação que introduziu o conceito de avaliação geriátrica especializada, considerada ponto de partida da avaliação multidimensional/interdisciplinar de pessoas idosas, data na década de 1930 e se deve à geriatra inglesa, Marjory Warren (apud Matthews[20]). Esta autora, em 1935, assumiu a responsabilidade de um asilo, que abrigava mais de uma centena de doentes, em sua maioria idosos acamados, sem diagnóstico médico e sem qualquer tratamento, condenados devido à negligência a que eram submetidos a viverem institucionalizados por longo tempo ou até a morte.

Warren, na ocasião, começou a promover uma revisão sistemática desses doentes, iniciando com mobilização ativa e reabilitação seletiva, obtendo com esse método de trabalho que muitos pacientes pudessem se locomover, e, até mesmo que alguns pudessem ter alta para seus domicílios. Devido aos resultados obtidos, esta autora passou a recomendar que todo idoso, antes de ser admitido numa instituição de longa permanência, fosse submetido a uma ampla avaliação de seu estado de saúde.

A avaliação geriátrica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico multidimensional, freqüentemente interdisciplinar, planejada para detectar problemas médicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa, com objetivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento em longo prazo. Daqui por diante, adotaremos a denominação avaliação geriátrica/gerontológica multidimensional, o que, parece-nos, ressalta a importância dos demais membros da equipe interdisciplinar, além do médico.

Ela difere, por exemplo, da avaliação médica clássica, ao concentrar atenção nos complexos problemas da população idosa, com ênfase no estado funcional e na qualidade de vida, utilizando, para atingir esses objetivos, uma equipe interdisciplinar. Rigorosamente, o processo de avaliação multidimensional pode variar dentro de amplos limites, desde aquela realizada por apenas um profissional, que teria a incumbência de detectar problemas físicos, psíquicos, funcionais e sociais, até uma abordagem mais ampla desses mesmos problemas, realizada por meio de uma equipe interdisciplinar. De qualquer forma, seja a modalidade de atenção prestada ao idoso unidiscipli-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nar ou interdisciplinar (Fig. 9.1) o que se busca, através das avaliações dos estados de doença e funcional, é chegar a uma definição sobre o estado de saúde. Por meio dessas avaliações, associadas à análise da importância dos fatores socioeconômicos e ambientais, pode-se obter o diagnóstico e o controle de doenças e incapacidades, e mensurar e atuar sobre a qualidade vida, objetivo primordial da avaliação multidimensional.

Pode-se perceber, por meio dessas considerações, que aquilo que se pretende colocar em prática é a abordagem ampla do conceito de saúde. Para atingir a esse objetivo, os profissionais componentes da equipe interdisciplinar deverão, obviamente, tomar conhecimento da importância e da amplitude de sua atuação individual e coletiva; deverão estar cientes da complexa inter-relação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença, além da relação entre os aspectos objetivos e subjetivos desses estados.

Deixando-se de lado as eventuais dificuldades inerentes à necessidade de interação entre os componentes da equipe, que constitui o fundamento básico da interdisciplinaridade e que tem a finalidade de colocar em prática a visão multidimensional da assistência à saúde do idoso, não restam duvidas de que o modelo de atenção geriátrica/gerontológica multidimensional é hoje mundialmente aceito. Adaptado a diferentes necessidades locais e populacionais, os programas de avaliação multidimensional variam quanto sua estrutura, componentes funcionais e recursos humanos. Assim, por exemplo, eles diferem quando se comparam idosos internados em clínica de pronto-atendimento, institucionalizados em hospitais ou asilos, assistidos em consultórios particulares ou em ambulatórios, no próprio domicílio ou em unidades de reabilitação[4,23]. No entanto, apesar das diferenças citadas, eles apresentam algumas características comuns. Praticamente todos os programas devem conter um ou mais ins-

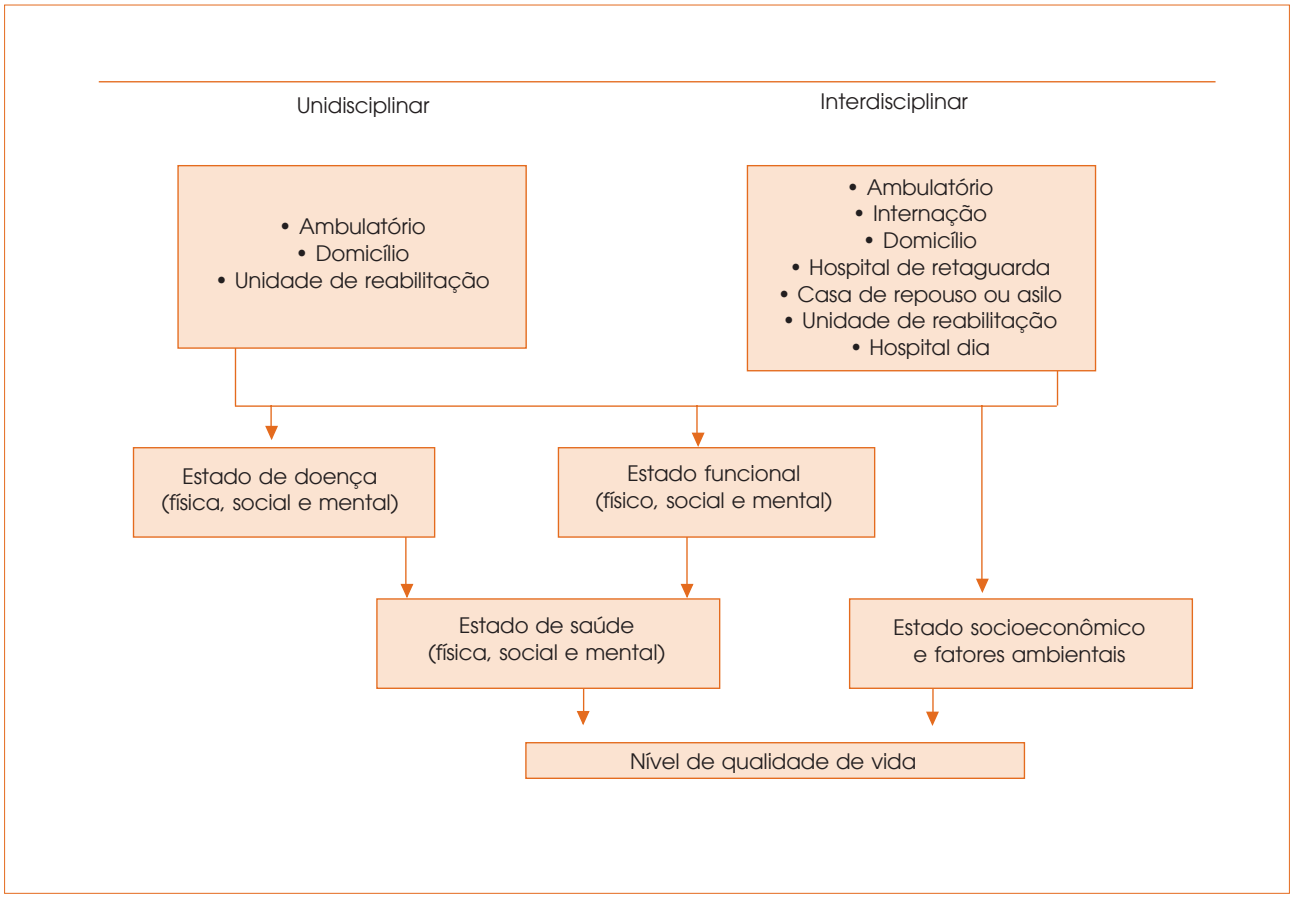


Fig. 9.1 Modalidades de atenção uni e interdisciplinar, que visam a melhora na qualidade de vida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

trumentos de medidas para quantificar variáveis psicológicas, sociais e funcionais.

Avaliação Integral do Paciente Idoso

Abordagem Ampla do Estado de Saúde em Diversas Situações Clínicas

Para colocar em prática a avaliação geriátrica multidimensional da pessoa idosa é importante a adoção de estratégia para incorporá-la em uma variedade de situações, sejam de ordem física, psíquica e/ou social. Uma abordagem ampla do estado de saúde compreende, além da história e do exame físico do paciente, que permitem definir o estado de doença, uma avaliação dos estados funcional e mental, dos fatores econômicos e sociais do paciente e de sua família, além da preparação de um plano apropriado para manutenção da saúde.

Ao discorrer sobre a multidimensionalidade da avaliação geriátrica/gerontológica, é preciso que fique claro que não se pretende minimizar a importância do exame médico clássico, muito pelo contrário, é com ele que, na grande maioria das vezes, se inicia o processo de uma avaliação mais abrangente. Algumas considerações adicionais ressaltam a importância do diagnóstico médico. Assim, este deverá ser sempre considerado em todos os idosos que procuram atendimento a sua saúde[11]. Esta afirmação dos autores citados, apesar de enfatizar a relevância do quadro clínico, de maneira alguma pretende minimizar a importância das íntimas conexões entre os problemas médicos e os psicossociais, freqüentemente presentes em pessoas idosas. Alguns questionamentos colocam em evidência a necessidade de integração das diversas dimensões da avaliação abrangente. Alguns exemplos, entre os múltiplos que a equipe interdisciplinar enfrenta no dia-a-dia do atendimento à saúde da população idosa, são bem ilustrativos. Diante de pacientes com hipertensão arterial, é fundamental ter sempre em mente a possibilidade de ela por si mesma e/ou as medicações empregadas para controle dos níveis de pressão serem responsáveis pelo desenvolvimento de manifestações que caracterizam a presença de distúrbios do estado funcional, físico ou mental. O estado nutricional poderá ser comprometido por drogas utilizadas no tratamento de hiperlipidemia. Por outro lado, seguindo caminho inverso, é preciso indagar quais são as implicações do estado socioeconômico e cultural sobre doenças como *diabetes mellitus,* neoplasias, entre outras.

De qualquer forma, ocorre ênfase crescente à promoção deste tipo de avaliação diagnóstica, terapêutica e preventiva em vários locais de atendimento, como foi anteriormente referido, e que será objeto de análise mais adiante. Enquanto a história clínica e o exame físico tradicionais são suficientes em pacientes idosos portadores de doenças agudas, métodos adicionais de avaliação podem ser necessários para firmar o diagnóstico e estabelecer a conduta terapêutica mais adequada.

Em indivíduos idosos, a identificação de alterações orgânicas através da presença de sinais e sintomas clínicos exige exame cuidadoso e exaustivo. Esta avaliação, no entanto, não deve se restringir à investigação unicamente de órgãos, sistemas ou sintomas específicos, mas também procurar identificar as situações adversas que podem vir a comprometer ou estão comprometendo a capacidade do idoso desempenhar as atividades de vida diária. Tais situações adversas podem ser complexas e peculiares a cada indivíduo idoso, podendo ser citados: o próprio processo de envelhecimento, que torna o idoso mais frágil do ponto de vista funcional e, portanto, mais propenso às agressões ambientais; o grande número de doenças, que reduzem a capacidade de realizar tarefas de vida diária; o efeito indesejado de muitos fármacos, que podem contribuir para aparecimento de incapacidades; além de situações sociais desfavoráveis que, objetivamente, interferem na saúde e no bem-estar do idoso. Portanto, a manutenção de uma situação favorável e de bem-estar no dia-a-dia de um idoso pode equilibrar e se contrapor à influência de vários fatores adversos, que podem, inclusive, levar a pessoa idosa a uma clínica de pronto-atendimento.

Participação da Família, do Cuidador e da Assistência Interdisciplinar

Dentro dessa visão ampla de atenção à saúde, propiciada pela avaliação multidimensional, fundamental à manutenção do equilíbrio da saúde da pessoa idosa, são importantes a ajuda de familiares, cuidadores e vizinhos, a capacidade física e mental que o idoso possui, além do desejo existente na maioria das pessoas de se conservarem capazes e independentes no seu dia-a-dia, desejo este que deve ser estimulado e trabalhado pela equipe interdisciplinar.

É fundamental lembrar a importância que poderá ter o cuidador, a ponto de se poder afirmar que o mesmo, com o paciente sob seus cuidados, poderá

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vir a ser considerado um elemento da equipe. É por esse motivo que se deve ter em mente alguns aspectos que envolvem a figura do cuidador, para que esse possa ser realmente útil dentro do contexto da avaliação multidimensional da pessoa idosa. De fato, por vezes, o paciente que vem em busca de cuidados para seus problemas tem junto de si um cuidador, cuja aflição, tensão, angústia é maior que a piora do quadro clínico do doente, o que exige maior atenção dos profissionais do que o próprio paciente. Não é raro que quadro semelhante pode também estar presente entre membros da família. Diante disto, não é exagero afirmar que paciente, cuidador e família constituem um "ser único", e é desta forma que eles devem ser vistos e avaliados, em benefício do ator principal, que é o doente idoso.

A existência de uma situação de equilíbrio, referida anteriormente, pode ser alterada, de um lado, por afecções médicas agudas e, de outro, pela retirada de um fator suporte (Fig. 9.2). Uma pessoa jovem acometida por uma doença aguda pode ser tratada em casa, enquanto um indivíduo idoso acometido pela mesma doença não raramente necessita de cuidados mais intensivos e, por vezes, de internação para que possa obter sua recuperação. Do mesmo modo, a perda de um aspecto relacionado ao seu suporte social, como a morte, por exemplo, de um dos cônjuges ou a agressividade e maus-tratos contra os mais velhos, pode interferir no débil equilíbrio existente, exigindo, obviamente, maior atenção, de preferência por mais de um elemento da equipe.

De qualquer forma, é possível observar duas situações extremas e várias intermediárias. Em um extremo o diagnóstico, o prognóstico e os cuidados prestados ao paciente pelo cuidador, pela família e pela equipe são satisfatórios e atendem ao planejamento proposto. No outro extremo, o planejamento da atenção ao enfermo idoso não é obedecido. Assim, o suporte de apoio formal ao doente não é observado, a administração de medicações e as mudanças no esquema terapêutico são descuradas, a solicitação de exames para detecção de causa de declínio funcional não é efetuada, situações estas, entre tantas outras, que necessitam de correções de falhas existentes ou mesmo total mudança de rumo do planejamento.

Apesar destas considerações, pode-se afirmar que a avaliação integral de uma pessoa idosa é um processo diagnóstico multidimensional, que valoriza a existência de intervenção de múltiplos fatores, tais como: o ambiente em que vive esta pessoa, a relação médico/paciente/familiares, a história clínica, que compreende não somente os aspectos físicos, mas também psíquicos e sociais, além da necessidade de um exame físico minucioso, diante das peculiaridades da apresentação das doenças na pessoa idosa. As dimensões da avaliação global deve ser dirigida à prevenção de problemas, mas também para a abordagem de problemas já estabelecidos (Stults, 1984; Lavizzo-Mourey e col. 1989).

O número de profissionais necessários para permitir avaliação global do paciente idoso deve ser adaptado ao conteúdo programático e aos problemas biopsicossociais do doente. Acreditamos, assim como a maioria dos autores, que as disciplinas-chave freqüentemente envolvidas são a geriatria, a enfermagem, a assistência social, a fisioterapia e a terapia ocupacional. Uma abordagem mais ampla do atendimento à saúde deverá envolver também os seguintes profissionais: nutricionista, farmacêutico, psicólogo, fonoaudiólogo, odontólogo e, em casos de pacientes terminais, um padre, um pastor ou um outro mentor espiritual.

A discussão da equipe interdisciplinar, realizada após avaliação do paciente por todos os componentes do grupo, tem assumido hoje papel fundamental

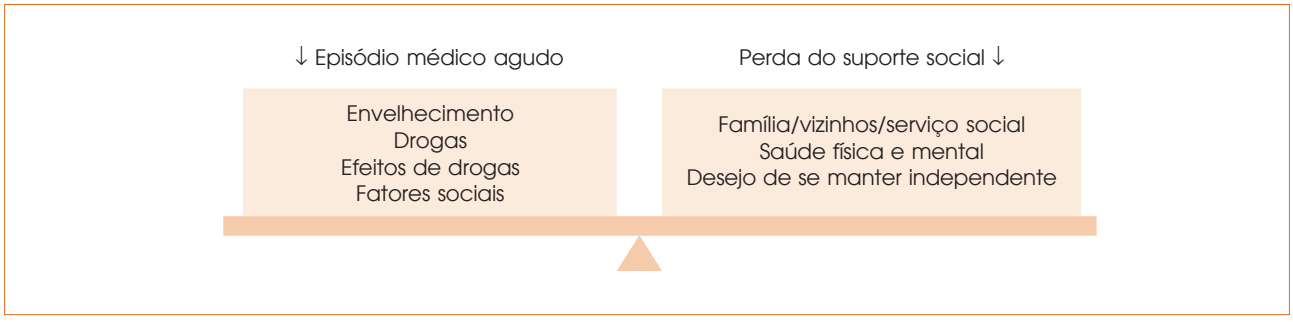


Fig. 9.2 Manutenção do equilíbrio na comunidade. Causas da procura de pronto atendimento e suporte social.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

no diagnóstico da incapacidade funcional e na conduta terapêutica a ser adotada. Por trazer a colaboração de todas as disciplinas, é possível adotar um plano unificado de atendimento ao idoso, evitando distorções e incongruências terapêuticas.

Avaliação dos Fatores de Risco de Morbidade

O processo de avaliação integral de um idoso necessita, por parte da equipe de saúde, prioritariamente, do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade de concentração, tolerância e paciência, a fim de identificar os diversos problemas apresentado pelos idosos, além de um grande número de necessidades não satisfeitas. Este tipo de avaliação pretende, portanto, em todos os seus momentos, identificar com precisão os problemas, sejam de ordem médica, psicológica, social ou funcional, com o objetivo de instituir ações dirigidas especialmente àqueles idosos mais suscetíveis a adoecerem no futuro.

Um estudo epidemiológico realizado em 1993 na cidade de São Paulo com 151 idosos com idade superior a 60 anos, mostrou que mais da metade das pessoas entrevistadas, 52,6%, possuía dois ou mais fatores de risco de um total de 11 pesquisados. Assim, por exemplo, aqueles que responderam que a sua visão, com ou sem ajuda de óculos, estava ruim ou muito ruim e que freqüentemente ou sempre estavam tendo dificuldade para executar tarefas diárias que necessitavam e queriam fazer, constituíram o grupo de fator de risco número seis. Aqueles idosos que responderam ter sofrido alguma queda nos últimos três meses e que não possuíam alguém que os ajudasse a fazer atividades diárias como limpeza, arrumação da casa, vestir-se ou dar recados quando necessário, constituíram o grupo de fator de risco número cinco. Esses exemplos colocam em evidência o fato que a avaliação geriátrica deve permitir o rápido reconhecimento dos fatores que predispõem às enfermidades e aos diferentes tipos de incapacidades, a fim de tomar não somente as medidas mais urgentes, mas também aquelas que terão caráter prioritariamente preventivo e que são objetivamente necessárias.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o grupo de idosos que apresentam maior perigo de se tornarem dependentes e, portanto, que possuem risco aumentado de adoecerem são aqueles que:

- possuem idade igual ou superior a 80 anos;
- residem sozinhos;
- são mulheres, sobretudo aquelas que são solteiras ou viúvas;
- vivem isolados socialmente, tanto solteiros como casados;
- apresentam incapacidades moderadas ou graves, que comprometem as suas atividades rotineiras básicas da vida diária;
- constituem casais de idosos, nos quais um dos cônjuges apresenta incapacidade moderada ou grave para o desempenho das atividades do dia-a-dia;
- possuem limitação de recursos econômicos que os impede de satisfazer suas diferentes necessidades;
- não possuem filhos;
- residem em asilos ou casas de repouso.

No estudo epidemiológico já citado, realizado em 1993, com 151 idosos com mais de 60 anos, 116 (76,8%) eram mulheres e constituíam a maioria dos idosos que possuíam pelo menos um fator de risco de um total de 11 investigados, além dos viúvos desse grupo serem, quase na totalidade (35 de um total de 36), constituído de mulheres. Neste estudo cerca de 27,1% responderam que tinham suas necessidades básicas precária ou muito precariamente satisfeitas, além de 39,7% referirem que o principal problema para aquisição dos medicamentos indispensáveis à sua saúde era de ordem econômica.

É possível, portanto, afirmar que a avaliação integral de um paciente idoso tem a capacidade de identificar aquelas pessoas que correm maior perigo de se tornarem dependentes e, por isso, de ficarem doentes, sendo então possível orientar e programar os cuidados necessários à sua saúde e bem-estar.

Estrutura e Estratégias de Atendimento

É importante lembrar que a deterioração do estado de saúde pode ser resultado da piora da doença e/ou do estado funcional. Se há somente piora da primeira, sem alteração funcional, o tratamento poderá se restringir à conduta médica clássica. Nos portadores de problemas funcionais, a orientação a ser seguida deverá levar em conta o grau de disfunção observado. Quando este é discreto e não-rapidamente progressivo, os primeiros cuidados poderão ser ministrados por um clínico que, diante da existência desta

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

alteração funcional deverá encaminhar o paciente para tratamento específico. O que se observa, no entanto, é que não raramente o médico clínico e o médico de família não se encontram devidamente familiarizados ou não valorizam adequadamente os distúrbios funcionais, principalmente quando estes são discretos, o que leva o próprio doente a buscar espontaneamente a atenção de um geriatra e/ou da equipe gerontológica interdisciplinar.

Em portadores de um novo episódio de *déficit* funcional ou rapidamente progressivo, o ideal é que a consulta inicial seja realizada por um médico geriatra, que de imediato deverá encaminhar o paciente à equipe para uma avaliação mais abrangente.

As diversas formas de abordagem que podem ser seguidas, segundo Rubenstein e Rubenstein[28], após o primeiro atendimento que, freqüentemente, é realizado em consultório privado ou em ambulatório, variam conforme a intensidade do quadro clínico, particularmente do distúrbio funcional. Assim, o paciente idoso com alteração do estado de saúde de qualquer natureza deverá ser examinado para definir o grau do declínio funcional. Assinale-se que vários autores[27,28] afirmam que a pessoa idosa mais frágil pode ser definida como aquela que possui idade igual ou superior a 75 anos (independentemente da existência de doença) ou idade superior a 65 anos, porém portadora de doença crônica. Nessas duas condições, elas deverão ser avaliadas a intervalos regulares ou em qualquer momento, diante de um quadro agudo. Quando ocorrer um novo episódio de incapacidade funcional, o paciente deverá ser encaminhado à equipe para avaliação global de seu estado.

A avaliação geriátrica/gerontológica multidimensional começa com a revisão dos sistemas que cobrem a maioria dos domínios da função, ou seja, o estado físico, psíquico e social, que serão estudados de forma detalhada no Capítulo 10. O estado físico é avaliado por meio das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Várias versões válidas e confiáveis existem na literatura. Talvez as mais utilizadas sejam as escalas de Katz[15], Lawton[17] e, mais recentemente, as medida de independência funcional (MIF), que já possuem um grande número de pesquisadores que as utiliza[6,9,18,16].

As atividades básicas de vida diária incluem atividades de auto-cuidado, tais como: banhar-se, vestir-se, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Pacientes incapazes de realizar estas atividades em geral exigem suporte do cuidador durante 12 a 24 horas. As atividades instrumentais incluem usar o telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar ou utilizar meios de transporte. Todas estas atividades, como as compõem a escala de Katz, podem ser subdivididas em três condições de acordo com a menor ou a maior capacidade de executá-las: de maneira independente, parcialmente dependente e totalmente dependente.

Para interpretação dos resultados obtidos como emprego das escalas de vida diária, sejam elas básica, instrumentais ou avaliadas através da medida de independência funcional (MIF), é importante algumas informações adicionais como ambiente no qual vive o doente, além da situação social. Assim, é fundamental conhecer a rede de apoio social, o tempo e o tipo de suporte que pode ser fornecido pelo cuidador, a possibilidade de apoio da comunidade etc., informações que podem ser obtidas por uma enfermeira ou assistente social com experiência nesta área.

Outros instrumentos são também empregados como *screening* para avaliação da função cognitiva e da depressão. Para avaliação do estado cognitivo são conhecidos vários instrumentos, válidos e confiáveis, porém o mais empregado é o miniexame do estado mental de Folstein[10] e, mais recentemente, o teste do desenho do relógio[19,22,29,30] .

Para avaliação do estado afetivo (depressão), vários testes podem ser empregados: *Zung self-rating depression scale*[33]*; Selfcare (D) Scale*[3] e *Depression Geriatric Scale de Yesavage*[32]. Este último é o mais empregado em pessoas idosas.

É importante ressaltar que, além das informações obtidas através do emprego destes instrumentos, alguns dados podem ser extraídos da observação sobre a maneira como o doente caminha, se senta, se movimenta etc. Em pacientes com suspeita de quadro demencial, mesmo antes da utilização do miniexame do estado mental e/ou do teste do desenho do relógio, pode ser útil a cuidadosa observação da aparência, maneira de se vestir, postura, maneira de se expressar e comportamento.

Além disso, podem ser úteis a utilização de algumas medidas relacionados a algumas doenças, como artrite[7], demência[25] e parkinsonismo[13]. Tais medidas são empregadas para avaliar o nível e o grau de disfunção de pacientes com estas afecções.

Outro aspecto que deve ser destacado é que a deterioração do estado físico e mental pode ser um

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fator que prejudica a obediência do doente às recomendações da equipe, o que torna ainda mais árdua a tarefa do cuidador. Em situações como esta, a equipe poderá ter participação importante, através de orientações que, obviamente, irão variar de acordo com o nível e a intensidade do problema apresentado, minimizando o trabalho do cuidador.

Algumas vezes, a internação torna-se inevitável, particularmente diante de um quadro clínico agudo com repercussão maior ou menor do declínio funcional. Outras vezes, somente a limitação acentuada da capacidade, mesmo que não haja agravamento da doença, pode por si só justificar a internação hospitalar. Outro aspecto que é importante enfatizar é que, mesmo em situações menos graves, porém diante da impossibilidade um atendimento ambulatorial rápido e estruturado para obtenção de um resultado desejado, a internação hospitalar ou pelo menos ou o serviço de hospital dia deverá ser utilizado, pois reconhecidamente estas medidas têm as vantagens de serem mais rápidas, mais intensas e mais adequadas para atendimento, particularmente em doentes mais frágeis e/ou portadores de quadro clínico agudo.

Avaliação Multidimensional na Promoção da Saúde e na Prevenção de Incapacidades

Infere-se do anteriormente exposto que a avaliação multidimensional aplica-se não somente ao diagnóstico e tratamento das doenças, mas também à promoção da saúde e à prevenção de incapacidades. Estes dois temas são, do ponto de vista de saúde pública, fundamentais, particularmente quando se consideram os custos com os cuidados com a saúde, a preservação da qualidade de vida e o retardo da necessidade de cuidados de longa duração.

Admite-se hoje que o diagnóstico das incapacidades e as medidas necessárias para reduzi-las ou preveni-las têm sido, em determinadas circunstâncias, mais importantes que o diagnóstico de doenças. Este é o motivo pelo qual nestas situações é preferível a expressão prevenção de incapacidades do que prevenção de doenças. Não resta dúvida de que hoje capacidade funcional e qualidade de vida, que se encontram intimamente relacionadas, assumiram papel de relevância.

As justificativas para defender a necessidade de avaliação multidimensional na promoção da saúde e prevenção de incapacidades encontram respaldo em evidências obtidas de experiências já acumuladas.

Avaliação Multidimensional nos Diversos Locais de Atendimento

Como foi anteriormente assinalado, vem ocorrendo ênfase crescente no emprego deste tipo de avaliação com finalidade diagnóstica, terapêutica e preventiva, em consultórios particulares, ambulatórios, no domicílio, hospitais, instituições de longa permanência, centros de reabilitação e, mais recentemente, em clínicas de pronto-atendimento[4].

Em Consultórios Particulares e em Ambulatórios

A implementação do método de avaliação multidimensional poderá ser realizada de diversas formas, conforme as necessidades impostas pelo quadro clínico do doente. Em portadores de condições clínicas que exijam seguimento de longa duração, poderá ser necessário um número de consultas cuja freqüência irá, obviamente, depender do quadro clínico e do grau de capacidade funcional do paciente.

O médico, tendo como suporte o enfermeiro, o assistente social, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o nutricionista e outros profissionais da equipe, deverá desenvolver um plano de atendimento de longo prazo, que incorpore os princípios que regem os múltiplos domínios de avaliação, e cujo rumo poderá ser alterado se o médico geriatra e a equipe interdisciplinar assim decidirem. Deve-se ter presente em cada consulta a necessidade de priorizar aqueles problemas mais prementes, sabendo-se, no entanto, que o cuidado mais adequado deverá ser dirigido a todas as dimensões da avaliação, sendo estas: físicas, psicológicas, socioeconômicas, existenciais, funcionais ou fatores responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de incapacidades.

A avaliação geriátrica multidimensional não tem sido mais amplamente utilizada no dia-a-dia, devido, de um lado, ao desconhecimento de sua importância, e, de outro, aos custos para manter toda equipe de profissionais. No consultório privado, no ambulatório de hospitais ou de centros de saúde, os custos poderão ser minimizados se o médico, o enfermeiro, o assistente social assumirem a grande maioria das ações de saúde. Como anteriormente referido, no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

processo de avaliação multidimensional, embora devam ser preferencialmente exercidas por membros de uma equipe interdisciplinar, as ações podem ser desenvolvidas por apenas um profissional, freqüentemente o médico. Deve ser assinalado também que, sendo hoje a enfermagem gerontológica um fato, o profissional desta área possui habilidade para enfrentar problemas agudos ou crônicos, orientando o doente ou encaminhando-o a outros profissionais da equipe. Dentro desta visão caberá ao médico geriatra fazer a história pregressa e o exame físico, avaliar o estado mental e psicológico, solicitar os testes psicológicos pertinentes e requisitar o concurso de médicos especialistas; o enfermeiro tem a incumbência de avaliar a capacidade funcional e o nível de nutrição, e algumas ações ligadas à atividade social e dar atenção à família; ao assistente social caberá esclarecer a dinâmica domiciliária, fazer visitas ao doente em seu domicílio e atuar como elemento de ligação entre o paciente e a equipe de profissionais da equipe e entre aquele e as entidades com finalidades sociais. Os demais profissionais, como psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e outros membros da equipe podem, quando solicitados, ter participação maior ou menor na dependência da evolução do quadro clínico.

No Domicílio

Segundo Gallo e col.[11], a avaliação no domicílio seria ideal para todos os idosos como parte de uma abordagem inicial. A abordagem do doente idoso no domicílio com freqüência traz mais informações que várias consultas realizadas no ambulatório, pois que vários dados só podem ser observados na residência do doente.

As formas de atendimento ao doente idoso no domicílio podem ser realizadas por meio de serviços de assistência domiciliária, freqüentemente localizados em hospitais públicos; e através de *home care*, ligados às entidades privadas. Ambas se assemelham no tipo atendimento que prestam ao paciente, variando, porém, em alguns aspectos, por exemplo, no numero de profissionais e de especialidades que as compõem, sendo freqüentemente maiores na primeira do que na segunda.

A avaliação realizada no domicílio do doente idoso é de fundamental importância em qualquer das duas formas referidas, principalmente para aqueles enfermos que, por vários motivos, têm dificuldade acentuada de deambular, como os portadores de graves seqüelas de acidente vascular cerebral, de insuficiência cardíaca grave, de grau avançado de demência e, ainda, os doentes submetidos a operações de grande porte, principalmente, ortopédicas. Além disso, enquadram-se neste grupo os doentes em tratamento paliativo, cujo desfecho final deverá ocorrer preferencialmente no seu domicílio, ao lado de seus familiares.

Nos exemplos referidos e em outros semelhantes, a freqüência das visitas, o número profissionais envolvidos e a importância de sua participação irão variar de caso para caso. Assim, em doentes em fase terminal, a experiência tem mostrado que o enfermeiro, o assistente social e, principalmente, o psicólogo, freqüentemente poderão assumir papel mais relevante que os outros profissionais da equipe.

O que é fundamental neste tipo de prestação de serviço é que as observações realizadas no domicílio sejam as mais completas possíveis. Para este mister o profissional deverá ser hábil, a ponto de colher todas informações necessárias, respeitando a intimidade do paciente e de sua família, ou seja, sem deixar a impressão de que se trata de um intruso. Com este cuidado, a relação família/paciente e o ambiente domiciliário poderão ser melhor avaliados. Nestas visitas é possível observar se, por exemplo, ao lado do leito ou da cadeira de repouso do paciente existe recipientes com balas, doces etc, que poderão ser responsáveis pela dificuldade de controlar *diabetes mellitus;* é possível também observar se a medicação prescrita e o oxigênio administrado estão sendo rigorosamente seguidos. Com a visita domiciliária é possível observar se a distribuição de móveis, a presença de pequenos tapetes, a localização e o formato da escada etc não impedem as transferências sem risco de quedas do leito para banheiro ou para cozinha ou viceversa, ou seja, se as medidas de segurança foram rigorosamente observadas. Medidas como estas poderão melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa doente.

Em hospitais

Há o risco de o tratamento realizado em pacientes internados não ser o melhor possível se a conduta a ser adotada não levar em consideração todas as dimensões da avaliação geriátrica. O estado cognitivo, as condições sociais, emocionais e funcionais são aspectos tão importantes que a abordagem destas dimensões deverá, quando possível, ser providenciada de imediato, ou seja, durante a realização da admis-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

são, no mesmo momento em que é obtida a história, colhido os dados do exame físico e solicitados os exames subsidiários para esclarecimento do diagnóstico da doença que motivou a internação. Se existir algum impedimento, mesmo assim a avaliação geriátrica multidimensional deverá ser realizada o mais brevemente possível, já nos primeiros dias após internação. Justifica-se esta medida para que não seja retardada a adoção das providências propostas no planejamento. Assim, a presença de distúrbio cognitivo constitui grande risco de *delirium* em pacientes internados, particularmente no pós-operatório. A avaliação da capacidade funcional no exame pré-admissional pode ser um preditor do estado funcional no período pós-hospitalização. A definição do estado psicossocial no exame pré-admissional pode ser fator importante na conduta a ser adotada nos períodos pré e pós-operatório e pós-internação. A este propósito é fundamental que o médico, o enfermeiro e os demais profissionais que prestam cuidados ao paciente idoso atuem como elementos de integração do modelo biopsicossocial. Para conseguir isto, o profissional de saúde deve conhecer muito bem o paciente.

É necessário enfatizar que um plano de cuidados que já vinha sendo implementado não seja interrompido, durante a internação, pois que isto poderá resultar em perda do trabalho realizado, podendo caracterizar iatrogênese. Não se deseja com isto, obviamente, desmerecer a conduta médica clássica, mas simplesmente deixar clara a importância da necessidade de uma visão mais abrangente dos cuidados a serem prestados ao idoso, entendendo todas dimensões da avaliação geriátrica multidimensional.

Em Instituições de Longa Permanência

Da mesma forma que em outros locais de atendimento referidos anteriormente, é muito importante a avaliação global do paciente geriátrico durante a sua admissão em uma instituição de longa permanência. Algumas condições justificam este tipo de abordagem, pois que, além da presença da doença, freqüentemente crônico-degenerativa, às vezes acompanhada de alterações cognitivas, esses pacientes podem apresentar incapacidades funcionais, alterações do equilíbrio e, por vezes, perda do suporte social que os vinha mantendo.

Diferentemente do que ocorre com internações em hospitais, cujo tempo de afastamento da família é habitualmente pequeno, em instituição com esta finalidade o tempo que o paciente idoso ficará distante de sua família é muito longo. Diante deste quadro é possível que ocorram o estresse, a sensação de solidão e de abandono, e a angústia por medo de enfrentar esta situação, justificando um acompanhamento psicológico por vezes rigoroso.

Uma história cuidadosa poderá mostrar os motivos pelos quais ocorreu o pedido de internação. Parece-nos que o melhor exemplo é o que não raramente ocorre com o portador de demência. É fácil compreender que, tendo diante de si um doente com uma doença devastadora e freqüentemente é de longa duração como é a demência, o cuidador poderá se sentir isolado e exausto, apresentando-se ansioso e desgastado fisicamente, o que repercutirá sobre o paciente, que poderá ter exacerbação de seus distúrbios comportamentais, justificando internação em uma instituição de longa permanência. Estes fatos deverão ser do conhecimento de toda a equipe, para que em conjunto possam ser tomadas as medidas pertinentes. Outros motivos poderão existir, mas o que se deseja é acentuar os dados do exame global do paciente idoso. No caso particular, o relato do doente, da família e/ou do cuidador poderão ser decisivos para elaboração de um plano de trabalho, dentro da visão da importância da avaliação global do paciente idoso.

Isto coloca em evidência que, sendo o problema biopsicossocial multifacetado, a abordagem deverá abranger as diversas dimensões da avaliação geriátrica. Esta deverá ser prioritariamente realizada por uma equipe interdisciplinar. Assim, deve ser ressaltada a importância do médico, do enfermeiro, do assistente social, do terapeuta ocupacional, do fisioterapeuta e, quando necessário, dos demais componentes da equipe. Esta avaliação deverá ter presentes condições médicas, como: estado de alerta e de coerência, memória, capacidade cognitiva para tomada de decisão, mudanças do estado cognitivo, comunicação, visão, modos de expressão e capacidade de compreensão, e atividades de vida diária. Deve ter presente também problemas relacionados aos movimentos; ao equilíbrio; ao uso de instrumentos para facilitar a mobilização, como bengalas, andadores, cadeiras de roda, próteses e órteses

O estado psicossocial e o bem-estar são avaliados através da capacidade de iniciativa e grau de envolvimento com o meio; da capacidade de se relacionar com os outros e de expressar seus sentimentos. O humor e padrão de comportamento são revelados, por exemplo, por caráter ofensivo e pela recusa de medicamentos e/ou de outros cuidados.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Devido o longo tempo de internação, é de se esperar que a avaliação multidimensional do idoso em uma instituição de longa permanência possa sofrer mudanças nos planos de cuidados pré-estabelecidos, compatíveis com as modificações do quadro clínico do doente.

Em Clínicas de Pronto-atendimento

Os diversos instrumentos já padronizados e que são utilizados na avaliação da capacidade funcional de um paciente idoso diferem quanto a sua validade, confiabilidade e eficácia em várias situações clínicas, podendo, no entanto, facilmente complementar a investigação clínica que é rotineiramente realizada pelo médico em clínicas de pronto-atendimento.

Os médicos que atendem um idoso no pronto-atendimento devem procurar estabelecer uma meta específica e racional antes de escolher qual instrumento de avaliação será utilizado. Assim como a solicitação de um exame laboratorial ou radiológico só é decidida após a formulação da suspeita diagnóstica, que irá influenciar a tomada de decisão sobre uma conduta clínica, também a escolha de um instrumento de avaliação funcional de um idoso agudamente enfermo se baseará nestes propósitos racionais[4].

O objetivo principal e mais comum para a utilização destes instrumentos de avaliação de idosos é procurar identificar fatores de risco ou situações clínicas não detectadas por meio do exame médico de rotina. Isto é particularmente verdadeiro quando se atende idosos que estão fragilizados ou que apresentam a coexistência de diversas afecções, auxiliando o médico a estabelecer as metas terapêuticas e o monitoramento da evolução clínica dos pacientes.

Em Centros de Reabilitação

Os princípios da reabilitação são particularmente aplicáveis ao idoso com problemas médicos agudos ou crônicos e com *déficits* funcionais. As finalidades da reabilitação são a estabilização de processos básicos ou agudos, a prevenção de complicações secundárias e de déficits funcionais, e a adaptação do indivíduo às incapacidades e às mudanças relacionadas ao seu ambiente. Realmente, a ênfase na abordagem funcional em reabilitação tem importância central para a noção de avaliação geriátrica.

A avaliação geriátrica pode ser útil como meio de identificação de pacientes idosos que podem se beneficiar de programas de reabilitação. Embora *déficits* funcionais na população idosa possam ser melhorados ou mesmo revertidos, o fato é que programas de reabilitação integral para pessoas idosas ainda não se encontram extensamente disponíveis.

Referências Bibliográficas

1. Applegate WB. Use of assessment in clinical settings. J Am Geriatr Soc; 1987; 35:45.
2. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. New Engl J Med; 1990; 322(17):1207.
3. Bird AS, MacDonald AJD, Mann AH, Philpol MP. Preliminary experience with Selfcare (D): a self-ratining depression questionnaire for use in elderly non institutionalized subjects. Int J Geriatr Psychiatry; 1987; 2: 31.
4. Brito FC, Papaléo Netto M. Aspectos multidimensionais das urgências no idoso. In: Papaléo Netto M, Brito FC (eds.). Urgências em Geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 23.
5. Brouwer A. The nature of ageing. In Horan AH, Brouwer A (eds.). Gerontology. Approaches to Biomedical and Clinical Research. London: Edward Arnold; 1990. p.1.
6. Carlson JE, Zocchi M, Bettencourt DM et al. Measuring frailty in hospitalized elderly: concepts of functional homeostasis. Am J Phis Med Rehabil; 1998; 77: 252.
7. Chambers LW, MacDonald LA, Tugwell D et al. The Master Health Index questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid disease. J Rheumatol; 1982; 9: 780.
8. Duke University Centre of Aging and Human Development. Multidimensional Functional Assessment Questionaire. 2nd ed. North Carolina: Duke University Press; 1978. p. 169.
9. Elgeletziz D, Kervokian GG, Rintala D. Rehabilitation of older stroke patients: functional outvome and comparison with younger patients. Am J. Phis Me Rehabil; 2002; 81: 881.
10. Folstein MF, Folstein SE, McHug PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:89.
11. Gallo JJ, Stanley, Zack NE, Reichel W. Multidimensional assessment of older patient. Handbook of Geriatric Assessment. 2nd ed. Gaithersburg: Aspen; 1995.
12. George LK, Fillenbaum G. OARS Methodology. A decade of experience in geriatric assessment. J Am Geriatr Soc; 1985; 332:607.
13. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. Neurology; 1967; 17: 142.
14. Kane RA. Assessing social function in the elderly. Clin Geriatr Med; 1987; 3(1):87.
15. Katz S, Ford AB, Moskowitz R et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL – a standardized measure of biological and psicosocial function. J Am Med Ass 1963; 185: 914.
16. Kawasaki K, Keila CTC, Diogo MJD. A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. Med Reabil; 2004; 23(3): 57.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of old people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist; 1969; 9:179.
18. Lieberman D, Friger M, Fried M et al. Characterization of elderly patients in rehabilitation: stroke versus hip fracture. Dusabil Rehabil; 1999; 21: 542.
19. Lieberman D. Factors affetingh the results of the clock drawing test in elderly patients hospitalized for physical rehabilitation Int J Geriatr Psychiatry; 1999; 14: 325
20. Matthews DA. Dr. Marjory Warren and the origin of British Geriatrics. J Am Geriatr Soc; 1984; 32:253.
21. Martinelli JE, Aprahamian I, Regazzini RV, Damasceno BP. The clock drawing test can be a single screening test? Results correlation with The Cambridge Cognitive Examination (Camcog) for dementia. 11th Congress of The International Psychogeriatric Association; 2003.
22. Martinelli JE, Aprahamian I. O teste do desenho do relógio: revisão crítica de seu valor na triagem de demências iniciais em idosos. In: Neri AL, Yassuda MS (orgs.). Velhice bem-sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus; 2004. p. 185.
23. Papaléo Netto, Klein EL, Brito FC. Avaliação geriátrica multidimensional. In: Carvalho Filho ET. Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 73.
24. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 313.
25. Reisberg B, Ferris SH, DeLeon MJ et al. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psycchiatry; 1982; 139: 1136.
26. Rowe JW , Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science; 1987; 237: 143.
27. Rubenstein LZ, Josephson KR, Nichol-Seamons M, Robbins AS. Comprehensive health screnning of well elderly adults. J Gerontol; 1986; 41: 343.
28. Rubenstein LZ, Rubenstein LV. Multidimensional geriatric assessment. In: Blocklenhurst LV, Tallis RC, Fillit HM (eds.). Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th ed. London: Churchill Livingstone; 1997. p. 150.
29. Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, Zucchero CA. Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry; 1993; 8: 487.
30. Shulman KI. Clock drawing: Is it the ideal cognitive screnning test? Int J Geriatr Psychiatry; 2000, 15: 548.
31. Sunderland T et al. Clock drawing in Alzheimer'disease: a novel measure of dementia severity. J Am Geriatr Soc; 1989; 37: 725.
32. Yesavage J, Brink T, Rose T et al. Development and validation of geriatric screening scale. A preliminary report. J Psychiatr Res; 1983; 17: 34.
33. Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry; 1965; 12: 63.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

10 Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de Avaliação

Francisco Carlos de Brito
Maria Inês Nunes
Denise Rodrigues Yuaso

Introdução

A importância de uma avaliação diagnóstica rigorosa do indivíduo idoso constitui hoje a chave de uma análise global para diagnóstico de doenças eventualmente presentes e de sua capacidade funcional. Esta avaliação se aplica não somente a pacientes com discretas alterações orgânicas e funcionais, como também e principalmente, àqueles cujas modificações orgânicas e funcionais são acentuadas.

À história clínica, ao exame físico e aos dados fornecidos por exames subsidiários pertinentes, freqüentemente necessários para a definição de uma conduta terapêutica eficaz, podem se associar uma avaliação abrangente do idoso, particularmente dos portadores de uma ou mais afecções, acompanhadas de uma redução maior ou menor de seu estado funcional.

A visão da necessidade de atenção abrangente à saúde da população idosa era, até meados do século XIX, considerada irrelevante ou mesmo inexistente. Dois motivos são seguramente fundamentais para explicar este fato: primeiro, o reduzido número de indivíduos dessa faixa etária nas sociedades desenvolvidas e menor ainda em países em desenvolvimento; segundo, a falta de conscientização ou de desconhecimento da importância desta abordagem diagnóstica e, conseqüentemente, terapêutica e preventiva em pessoas idosas.

Conforme assinalado no capítulo anterior, a visão da importância da atenção holística da pessoa idosa começou a ocorrer há pouco mais de sete décadas, graças aos estudos de alguns pesquisadores, e teve seus primórdios escudados no trabalho pioneiro de Marjory Warren (*apud* Matthews[18]). Essa pesquisadora realizou, na década 1930, um trabalho denominado pela própria autora como avaliação geriátrica especializada, que constitui o ponto de partida da avaliação multidimensional/interdisciplinar.

Começava a ser colocada em prática a visão abrangente do conceito de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O que se busca é atuar sobre as múltiplas facetas clínicas da velhice e sobre os múltiplos fatores responsáveis pelo processo de envelhecimento. Começava a ficar claro que o estado de saúde transcende os limites puramente biológicos e que o objetivo maior é a melhoria da qualidade de vida; além da detecção de doenças freqüentemente presentes em idosos, a ênfase na avaliação do estado funcional passou a assumir importância,.

Tendo em vista estes princípios, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), conforme assinalado no capítulo anterior, preconizou que esta visão abrangente deverá ficar a cargo de uma equipe de profissionais de várias disciplinas da área da saúde, que adotará a filosofia de trabalho rigorosamente interdisciplinar e não simplesmente multidisciplinar.

A avaliação geriátrica/gerontológica abrangente compreende, ao lado da história clínica e do exame físico, uma abordagem ampla do estado funcional e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mental, dos fatores socioeconômicos, da colaboração do paciente e da família, com a finalidade de elaborar um plano de manutenção ou de melhoria do estado de saúde, e também da prevenção da possibilidade de recorrências.

Neste capítulo serão discutidos os aspectos que envolvem a importância da multidimensionalidade clínica em gerontologia e a análise dos principais instrumentos de avaliação do estado funcional em indivíduos idosos.

Importância da Avaliação Multidimensional

A avaliação multidimensional, desde seus primórdios, passou a ser considerada a pedra angular da prática geriátrica/gerontológica, na qual se destaca a importância da avaliação do estado funcional, sendo este o maior responsável pelo bem-estar físico, psíquico e social.

Ressaltando a importância da avaliação da capacidade funcional, Kane e Kane[12] sustentam que o idoso é sujeito a múltiplos diagnósticos; que o bem-estar físico, psíquico e social em indivíduos idosos estão intimamente relacionados, de maneira que a avaliação global do estado de saúde é necessária; e que a avaliação do estado funcional com a finalidade de detectar eventuais alterações da capacidade funcional, independentemente da presença de doença física ou mental, e de privações sociais passou a ser o melhor indicador para aqueles que prestam cuidados aos pacientes idosos.

Estes aspectos têm maior relevância quando se sabe que, com o aumento da expectativa média de vida, tem ocorrido rápido aumento de pessoas idosas portadoras de rápido ou lento e progressivo da limitação da capacidade funcional para realização das atividades básicas de vida diária. Esta limitação da capacidade funcional, evidentemente, é maior nos indivíduos mais idosos. Com efeito, embora com o avançar da idade ocorram alterações funcionais inevitáveis, a ponto de alguns considerarem erradamente o envelhecimento como "estado de doença", não se pode confundir tais modificações com as provocadas por afecções, que são mais prevalentes nesta faixa etária. Não se pode, no entanto, desconhecer que os efeitos da primeira podem atuar sobre os da última, produzindo graus de interação variáveis, desde praticamente nulos até muito acentuados, a ponto de induzir ação deletéria muito acentuada[21].

O reconhecimento da importância das múltiplas facetas da velhice coloca em pauta a necessidade de planejamento de serviços para atendimento à população dessa faixa etária que, obviamente, trará em seu bojo o ônus financeiro de sua implementação, pois que, além do médico, são fundamentais as participações de outros profissionais de uma equipe de saúde.

Sem minimizar a importância da avaliação médica clássica, que tem como base a história clínica e exame físico rigorosos, além de exames subsidiários julgados necessários, que são fundamentais para realização do diagnóstico clínico, é importante a avaliação multidimensional, que difere frontalmente desta forma limitada de abordagem. Com efeito, enquanto a avaliação médica tradicional é suficiente, por exemplo, em pacientes idosos portadores de doenças agudas, métodos adicionais de avaliação podem ser necessários para firmar diagnóstico e estabelecer condutas terapêuticas mais adequadas. Isto é particularmente verdadeiro em idosos com doenças crônicas freqüentes nesta faixa etária e que sobrevivem durante anos com tais afecções, que são tratáveis porém não raramente não-curáveis, nas quais se busca a autonomia e a independência e, em última instância, a melhora da qualidade de vida.

É importante enfatizar que a avaliação global do paciente idoso, que concentra atenção no estado funcional, não é justificativa para se descuidar, mesmo em presença de afecções crônicas, da busca do diagnóstico clínico, visto serem estas comumente as responsáveis pela redução da capacidade funcional, desde que doença e incapacidade funcional encontram-se freqüentemente relacionadas.

Avaliação Funcional Multidimensional

O processo de envelhecimento tem como uma de suas características a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional. Por outro lado, sabe-se também que a sua avaliação é um dos aspectos mais importantes para o diagnóstico do estado de saúde da pessoa idosa, particularmente quando se reconhece hoje que a perda da função pode, por sua vezes, ser vista como a única manifestação de determinada doença. Assinale-se que, através da avaliação capacidade funcional, é possível uma definição sobre a melhora ou piora do estado de saúde do doente, muitas vezes com mais precisão do que através das informações obtidas por meio da história clínica e do exame físico.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O estado funcional tem sido ultimamente a palavra-chave das políticas de atenção ao idoso, constituindo-se no indicador mais relevante de bem-estar da população idosa. Quando se realiza um diagnóstico competente e que contempla uma descrição da capacidade funcional, a avaliação do paciente idoso torna-se mais precisa, pois a perda ou a redução desta pode se constituir em um indicador mais sensível não somente para identificar uma nova doença, como também para monitorar os resultados clínicos do tratamento realizado.

A utilização de instrumentos de avaliação sensíveis e de fácil aplicação, e o papel de uma equipe interprofissional capacitada constituem o binômio adequado para o diagnóstico mais preciso da situação funcional para o tratamento da doença determinante. Na maioria das vezes, são utilizados instrumentos objetivos, práticos e úteis como auxiliar diagnóstico da incapacidade funcional e para acompanhamento da evolução dos doentes idosos. Não se deseja com isto negar o valor de métodos mais sofisticados que, obviamente, deverão ser empregados quando os primeiro não preencherem as necessidades de um diagnóstico preciso.

De qualquer forma, embora esses instrumentos possam diferir quando à validade, confiabilidade, reprodutibilidade e eficácia, seguramente, na maioria das vezes, eles atingem o objetivo a que se destinam, ou seja, conseguem identificar fatores de risco ou situações clínicas não detectadas por meio do exame médico de rotina. Isto é particularmente verdadeiro quando se atende pacientes idosos fragilizados ou que apresentam a coexistência de diversas afecções. O auxílio da equipe interdisciplinar é fundamental no estabelecimento de metas terapêuticas e no monitoramento da evolução clínica.

Tendo em vista essas considerações, serão abordados apenas os instrumentos mais comumente utilizados e de mais fácil aplicação.

Avaliação do Estado Físico

A partir de meados do século XIX começaram a tomar vulto os estudos que procuraram documentar a ocorrência freqüente de incapacidades funcionais em diferenrtes situações e locais de atendimento. Katz e col.[13] desenvolveram seis medidas de atividades básicas da vida diária, que até hoje são usadas em vários estudos e que procuram avaliar o grau de dependência de pessoas idosas.

No final da década de 1960, Lawton e Brody[15] ajudaram a esclarecer a estrutura teórica para avaliação da capacidade funcional, através da utilização de um modelo comportamental no qual a função é vista dentro de um domínio hierárquico. No modelo proposto por estes pesquisadores, as funções puderam ser ordenadas da mais simples para mais complexa.

Os pesquisadores e administradores de políticas de saúde têm mostrado preocupação em determinar graus de incapacidade dos idosos para realização das atividades de vida diária, com o objetivo de avaliar se é possível o indivíduo viver com independência na sua comunidade. Por isso, várias escalas têm sido desenvolvidas como a Lawton e Brody[15], a de Katz e col.[13], entre outras. Estas escalas procuram medir a independência de um indivíduo em três setores: cuidados pessoais, capacidade cuidar da casa e mobilidade.

A área das atividades de vida diária pode ser dividida em físicas, de autocuidado ou básicas (ABVDs) e as chamadas instrumentais (AIVDs).

Mais recentemente, um outro instrumento foi criado e é hoje empregado largamente – é a medida de independência funcional (MIF), que será estudada com detalhes mais adiante.

Atividades Básicas de Vida Diária

As atividades básicas que a pessoa desempenha na rotina de sua vida diária como, por exemplo, vestir-se, alimentar-se ou ter continência urinária e fecal etc. têm sido utilizadas como sinônimo de capacidade, desempenho ou estado físico. As escalas das ABVDs avaliam as condições básicas que o idoso tem de cuidar de si próprio, representando, pois, limitações quando se procura uma definição real de seu desempenho físico.

A maioria das atividades da vida diária é construída de um modo hierárquico, ou seja, das atividades pessoais mais básicas como, por exemplo, alimentar-se ou ir ao banheiro, para outras mais complexas como se vestir ou se banhar por conta própria.

Dentre as escalas que avaliam as ABVDs que possuem validade e confiabilidade vastamente comprovada, a mais comumente utilizada é o Índice de Katz (Tabela 10.1). Ela propicia uma descrição sumária da capacidade de autocuidado, além de permitir a identificação de fatores de risco e monitoramento da evolução clínica das doenças diagnosticadas. O tempo requerido para aplicação deste índice é extremamente curto, entre cinco e dez minutos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 10.1 Índice de Katz das Atividades Básicas de Vida Diária

I. Banhar-se
I: não recebe ajuda A: necessita de ajuda em alguma parte do corpo D: recebe ajuda em mais de uma parte do corpo
2. Vestir-se
I: não recebe ajuda A: necessita de ajuda somente para amarrar o sapato D: necessita de ajuda para pegar as roupas e vestir-se
3. Usar o sanitário
I: sem ajuda (pode utilizar andador, bengala ou cadeira de rodas) A: necessita de ajuda para ir ao sanitário, higienizar-se e vestir-se após evacuar e urinar D: não vai ao sanitário para evacuar ou urinar
4. Transferir-se
I: sem ajuda (pode usar objeto de suporte, como bengala ou andador) A: necessita de ajuda para sair do leito ou da cadeira D: não sai do leito
5. Ter continência
I: sem ajuda A: perda fezes ou de urina ocasionalmente D: é incontinente, usa sonda urinária e necessíta de supervisão para urinar e defecar
6. Alimentar-se
I: sem ajuda A: necessita de ajuda somente para cortar a carne ou passar manteiga no pão D: necessita ajuda para alimentar-se ou faz uso de sonda e medicação intravenosa

Fonte: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al.[13]
Abreviações: I = independente; A = com algum tipo de assistência; D = dependente.

Com o avançar da idade, ocorre aumento do número de idosos que apresentam redução da capacidade de realização das ABVDs. Assim, aproximadamente 5% das pessoas com 65 a 69 anos têm dificuldade para banhar-se; esta porcentagem aumenta para cerca de 30% entre os idosos com idade igual ou superior a 85 anos. Outro aspecto relevante é que as perdas das ABVDs se fazem numa seqüência previsível, qual seja: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Por outro lado, a recuperação das atividades perdidas se faz de maneira inversa, isto é, alimentar-se, ter continência e assim por diante.

O tipo e a extensão das ABVDs perdidas têm implicações para o cuidador em sua relação com o paciente que necessita de cuidados. Não é raro o idoso exagerar suas habilidades e subestimar o trabalho que ele requer. Por outro lado, o cuidador, por sua vez, superestima a ajuda que está sendo prestada ao paciente. Estes fatos têm que estar sempre presentes para que seja possível uma melhor avaliação do estado funcional do doente idoso e da extensão da ajuda requerida pelo mesmo. A capacidade, o tempo e a boa vontade do idoso para executar cuidados pessoais, como escovar os dentes, barbear-se, banhar-se, vestir-se, constituem informações úteis para planejar o suporte que o cuidador pode oferecer. O suporte oferecido ao idoso pode variar, desde a aquisição de uma bengala ou de um andador até a realização de adaptações ambientais como, por exemplo, construção de banheiro no andar térreo para facilitar a deambulação e/ou a contratação dos serviços de um cuidador remunerado.

Percebe-se através destes exemplos a grande variedade de situações que podem ser extraídas das seis modalidades de ABVDs, do maior ou menor grau de dependência do paciente, da disponibilidade e do estresse do cuidador, da possibilidade de realização de adaptações ambientais etc.

Outro aspecto que merece ser considerado é que o desempenho das ABVDs, segundo estudos longitudinais, pode predizer a possibilidade de aumento da mortalidade.

Atividades Instrumentais de Vida Diária

Uma outra escala, concebida por Lawton e Brody, que a denominaram atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), é mais complexa que a primeira e constituída por atividades que fazem parte do dia-a-dia de pessoas que vivem em uma sociedade moderna, como usar telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar ou utilizar meios de transporte (Tabela 10.2). Todas as sete atividades que compõem esta escala são, da mesma forma que a escala de Katz, subdivididas em três condições, de acordo com a menor ou maior capacidade do doente para executá-las: independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 10.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária

1. Usar o telefone	
	I: capaz de discar os números e atender sem ajuda
	A: capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números
	D: incapaz de usar o telefone
2. Transporte	
	I: capaz de dirigir seu próprio carro, de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda
	A: capaz de usar transporte, porém não sozinho
	D: incapaz de usar transporte
3. Compras	
	I: cuida de todas as compras sozinho
	A: capaz de fazer compras, porém com algum tipo ajuda
	D: incapaz de fazer compras
4. Preparar os alimentos	
	I: planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda
	A: capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de cozinhá-las
	D: incapaz de preparar qualquer refeição
5. Tarefas domésticas	
	I: capaz de ajudar na realização de qualquer tarefa doméstica
	A: capaz de executar tarefas domésticas mais leves
	D: incapaz de executar qualquer trabalho doméstico
6. Medicação	
	I: capaz de utilizar a medicação de maneira correta
	A: capaz de usar a medicação, mas precisa de algum de tipo de ajuda
	D: incapaz de tomar a medicação sem ajuda
7. Dinheiro	
	I: capaz de pagar contas, aluguel, preencher cheques, controlar as necessidades diárias de compras
	A: necessita de algum tipo de ajuda para pagar contas, preencher cheques etc.
	D: incapaz de manusear o dinheiro

Fonte: Adaptado de Lawton MP e Brody EM[15].
Abreviações: I = independente; A = com algum tipo de assistência; D = dependente

Nem sempre, no entanto, é tão simples classificar um determinado paciente em uma das três condições assinaladas. Entende-se isto pelo fato de cada uma das atividades ser, em verdade, resultante de um conjunto de componentes que apresentam graus variáveis para sua execução. Assim, por exemplo, arrumar a casa envolve varrer o chão, limpar escadas, pisos e janelas, tirar o pó dos móveis etc. O manuseio de medicamentos exige conhecimento da forma de apresentação e de administração da dose a ser utilizada, do horário das tomadas, além da capacidade do doente de comunicar ao médico todas as drogas que estão sendo consumidas e suas manifestações, para que este possa decidir pela sua manutenção, suspensão em casos de intoxicação ou ineficácia de sua ação terapêutica, ou mudança de posologia. Perante a presença de dependência do idoso, o cuidador deverá estar apto para responder às dúvidas levantadas pelo profissional.

É necessário também levar em consideração que algumas atividades podem apresentar alguns tipos de desvios, sejam estes de gênero ou de ordem socioeconômica. Em relação ao primeiro, o melhor exemplo é o preparo de refeições, que é uma tarefa tradicionalmente realizada por mulheres, portanto, na avaliação da capacidade para executá-la pelo paciente idoso do sexo masculino, este fato deve ser levado em conta. Com efeito, a dificuldade para desempenhá-la pode ser de ordem cultural e não física ou de qualquer outra natureza. O desvio socioeconômico pode ser exemplificado pela dificuldade em usar o telefone, pois que há necessidade que o idoso tenha tido condição de adquiri-lo anteriormente, dificuldade econômica que atinge a maioria de nossa população. Em relação a esta atividade é necessário também que se saiba que o ato de telefonar exige conhecimento das diversas fases da seqüência da tarefa, sem a qual não é possível completar a ligação.

De todas as AIVDs, segundo Barberger Gateau e col.[2], usar telefone, tomar medicação, utilizar meios de transporte e manusear dinheiro são as mais relacionadas com distúrbio cognitivo.

Tanto nos distúrbios das ABVDs como das AIVDs a participação do cuidador pode ter importância fundamental, esclarecendo aspectos relacionados à história funcional, complementando informações fornecidas pelo doente. Isto terá relevância quando houver um *déficit* de comunicação entre o paciente e o profissional, por afasia, demência grave etc.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Medida de Independência Funcional

A medida de independência funcional (MIF) foi criada na década de 1980 na tentativa de padronizar conceitos e definições sobre a incapacidade e de se obter um único instrumento, que possibilitasse a avaliação global do processo de reabilitação dos pacientes e com enfoque nas atividades cotidianas[14]. Ela é hoje largamente empregada para abordagem funcional de pacientes idosos hospitalizados[5], e para acompanhar a evolução funcional do paciente em tratamento de reabilitação[30].

Através desse instrumento, é possível avaliar o desempenho do indivíduo e o nível de ajuda necessária para a realização de 18 atividades, distribuídas em dois grandes domínios: o motor e o cognitivo social (Tabela 10.3). O primeiro domínio é constituído para avaliação da capacidade do indivíduo realizar atividades motoras assim distribuídas:

- autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso de vaso sanitário);
- controle de esfíncteres (urinário e fecal); mobilidade ou transferências (leito, cadeira e cadeira de roda, vaso sanitário, banheira ou chuveiro);
- locomoção (marcha ou cadeira de rodas, escadas).

O segundo domínio, ou cognitivo/social, é constituído pelas atividades seguintes:

- comunicação (compreensão e expressão);
- cognição social (interação social, resolução de problemas e memória).

Este instrumento tem a vantagem de, com uma única escala, abordar várias dimensões, que permitem não só a avaliação mais abrangente das alterações, como também a eventual inter-relação entre modificações funcionais motoras e cognitivas/sociais. Tem, porém, a desvantagem de que, sendo o total de pontos obtidos o resultante do somatório das várias atividades, motoras e cognitivos/sociais, torna-se mais difícil a comparação com outros instrumentos. É importante assinalar que, na avaliação das propriedades psicométricas da MIF na população idosa, destacam-se o trabalho de revisão da literatura sobre a confiabilidade deste instrumento[19]. Os estudos sobre as propriedades psicométricas demonstram consistência e estabilidade como instrumento de avaliação funcional geriátrica. Foi observada também associação entre a MIF e uma escala de atividades instrumentais de vida diária[20], na qual os autores concluíram que este instrumento demonstrou correlação com os itens avaliados, validade de reprodutibilidade.

No Brasil, a única publicação foi a de Riberto e col.[22], na qual foi estudada a reprodutibilidade da versão brasileira da MIF, em uma população de paciente com seqüelas de acidente cerebral encefálico.

Ressalte-se também que a MIF tem sido empregada para avaliação e como instrumento preceptor dos resultados da reabilitação em pessoas idosas, principalmente aquelas com acidente vascular encefálico, bem como para identificação com outros instrumentos de avaliação geriátrica.

Atividades Avançadas de Vida Diária

Num estágio superior, a avaliação multidimensional pode ser dirigida também à pesquisa da capacidade de realização das atividades avançadas de vida diária (AAVDs), que, embora não sejam essenciais para independência, contribuem para a manutenção de uma boa qualidade de vida, possivelmente o objetivo maior da avaliação multidimensional.

Elas fazem parte, juntamente com as atividades básicas e intermediárias, de uma classificação que as ordena de acordo com os graus de dificuldade e de complexidade. Enquanto as primeiras são dirigidas a funções elementares e são objetos de avaliação por meio da escala de Katz já referida, as intermediárias são representadas pelas atividades instrumentais, medidas através de algumas escalas, entre as quais as de Lawton e Brody, apresentada anteriormente. Ambas, assim como a MIF, definem se o paciente pode ser considerado independente ou se apresenta com algum grau de dependência que o impede de viver sem ajuda.

As AAVDs, que têm como exemplo dirigir carro, andar de bicicleta, correr, pintar, tocar algum instrumento, praticar esporte, participar de atividade política etc., não são, como as anteriores, essenciais para a manutenção de uma vida independente, representando, em verdade, em seu conjunto, um desempenho que ultrapassa o limite do necessário para julgar sobre a independência do indivíduo. Elas são dependentes da motivação e são específicas de cada pessoa.

Em decorrência de problemas clínicos, cognitivos e sociais, elas têm como um dos fatores responsáveis pelo seu declínio o avançar da idade, podendo-se supor que a redução da capacidade para desempenhá-las seja um indicador de um prognóstico de deterioração funcional mais grave.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 10.3 Avaliação de Independência Funcional

Níveis	7. Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6. Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	Dependência modificada 5. Supervisão 4. Dependência mínima (indivíduo ≥ 75%) 3. Dependência moderada (indivíduo ≥ 50%) 2. Dependência máxima (indivíduo ≥ 25%) 1. Dependência total (indivíduo ≥ 0%)	Ajuda
Data		

	Admissão	*Alta*	*Seguimento*
Auto-cuidados			
A. Alimentação			
B. Higiene pessoal			
C. Banho (lavar o corpo)			
D. Vestir-se acima da cintura			
E. Verstir-se abaixo da cintura			
F. Uso do vaso sanitário			
Controle de esfíncteres			
G. Controle da urina			
H. Controle das fezes			
Mobilidade			
transferências			
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J. Vaso sanitário			
K. Banheira ou chuveiro			
Locomoção			
L. Marcha/cadeira de rodas	m — c	m — c	m — c
M. Escadas			
Comunicação			
N. Compreensão	a — v	a — v	a — v
O. Expressão	v' — n	v' — n	v' — n
Cognição social			
P. Interação social			
Q. Resolução de problemas			
R. Memória			
Total			

Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1

m = marcha; c = cadeira de rodas; a = auditiva; v = visual; v = visual; v' = verbal; n = não-verbal.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Avaliação do Estado Psíquico

Depressão e demência são duas síndromes que apresentam alta prevalência em pessoas idosas, e cujo estudo teve origem na área da neuropsiquiatria. A primeira, infelizmente, muitas vezes atribuída pelo próprio doente, pelos familiares e até mesmo pelos profissionais da saúde, inclusive pelo médico, como decorrente do processo de envelhecimento normal costuma ser, em decorrência disso, relegada a um segundo plano quanto aos cuidados necessários para reversão do quadro. Minimizar sua importância é esquecer que ela é um dos principais fatores da piora da qualidade de vida, causa significativa de incapacidade funcional e de suicídio e, possivelmente, a afecção de maior prevalência em indivíduos idosos.

A síndrome demencial, por sua vez, tem seguido um caminho inverso da depressão, pois ela tem sido objeto de numerosas pesquisas e propostas terapêuticas, cujos resultados, infelizmente, ainda são precários. Justifica-se o interesse despertado, pois a mesma, além de ser muito freqüente em pessoas idosas, tem efeito devastador para o doente, com repercussão para o cuidador e para a família.

Essas considerações, embora sumárias, são suficientes para justificar a importância da avaliação multidimensional dos idosos portadores destas síndromes.

Avaliação do Estado Cognitivo

Embora a função cognitiva seja um dos determinantes do estado psíquico, ela ultrapassa o limite do estado mental, mesclando-se com os domínios dos estados físico e social.

Para avaliação da função cognitiva do paciente idoso, é muito útil a cuidadosa observação da aparência, maneira de vestir, postura, comportamento, modo de se expressar. A história pregressa do nível funcional, evidenciada por meio de seu passado ocupacional e educacional, pode propiciar a chave para análise segura do estado mental atual. Durante a entrevista, o examinador poderá estabelecer uma hipótese provisória do estado mental do paciente no contexto da relação do paciente com a família.

A demência é uma síndrome adquirida que se manifesta por modificações da linguagem, memória, cognição, personalidade e capacidade de julgamento sem, entretanto, alterar o nível de consciência. Este, que se manifesta pela redução da capacidade de manter a atenção, é uma manifestação importante do *delirium*.

O diagnóstico da síndrome demencial somente poderá ser realizado com segurança por meio da história e do exame físico, e em obediência aos critérios estabelecidos pelo DSM-IV ou CID-10. A avaliação do estado mental, embora constitua um dos mais importantes aspectos da abordagem diagnóstica global do doente idoso, persiste ainda muito negligenciada.

A dificuldade de se conseguir um diagnóstico acurado pode dever-se, entre outros fatores, à falta de experiência de quem está examinando o doente ou ao desconhecimento dos instrumentos, hoje já numerosos, que possibilitam sua realização. Com essa finalidade, são utilizados instrumentos estruturados que têm como objetivo investigar a existência de *déficits* de memória entre pacientes idosos, assim como acompanhar a evolução clínica após a instituição de medida terapêutica pertinente.

Ressalte-se também que um instrumento de triagem do *déficit* cognitivo próximo do ideal deverá ser, segundo Martinelli e Aprahamian[17]:

- rápido na sua administração;
- bem tolerado para ter a adesão entre os profissionais;
- facilmente avaliado;
- culturalmente independente de linguagem e de escolaridade;
- produzido em outros estudos e ter desempenho similar entre os examinadores;
- possuido e de valores elevados de sensibilidade e de especificidade;
- correlacionado com outros testes tradicionais e bem validados na literatura, além de correlação com escalas de avaliação;
- ter bom valor preditivo.

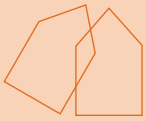
Vamos discorrer sobre dois testes, que são bastante empregados: o miniexame do estado mental de Folstein e col.[7] e o teste do desenho do relógio.

Miniexame do Estado Mental

O miniexame do estado mental (MEEM), que se encontra na Tabela 10.4, é um teste simples para exame do estado mental do paciente, que requer pouco tempo para sua aplicação (de cinco a 15 minutos), e que pode ser reaplicado e utilizado por qualquer profissional da saúde, não necessitando, portanto, de conhecimento especial. Criado por Folstein e col.[7], já há algum tempo vem sendo empregado em todo mundo, sendo que o mesmo faz parte de outros testes neuropsicológicos mais completos como, por

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 10.4 Miniexame do Estado Mental

	Escore do Paciente	*Escore Máximo*
Orientação		
Qual é o dia (ano, semestre, mês, data, dia)	( )	(5)
Onde estamos (estado, cidade, bairro, hospital, andar)	( )	(5)
Memória imediata		
Nomeie três objetos (um segundo para cada nome) Posteriormente pergunte os três nomes. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Repita-os até o paciente aprender. Conte as tentativas e anote. Tentativas _____	( )	(3)
Atenção e cálculo		
Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65) Dê 1 ponto para cada acerto. Interrompa após cinco perguntas. Alternativamente soletre a palavra mundo de trás para frente	( )	(5)
Memória de evocação		
Pergunte pelos três objetos nomeados acima. Dê 1 ponto para cada resposta correta	( )	(3)
Linguagem		
Mostrar um relógio e uma caneta. Pergunte e dê 2 pontos se correto. Repetir o seguinte: nem aqui, nem ali nem lá (1 ponto). Seguir o comendo com três: pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão (3 pontos). Leia e execute: feche os olhos (1 ponto) escreva uma frase (1 ponto) copie um desenho (1 ponto) 	( )	(9)
Total	( )	(30)

Fonte: Folstein MF, Folstein SE, McHug PR[7].

exemplo, a bateria de testes desenvolvida pelo Consórcio para Estabelecer o Registro para Doença de Alzheimer (CERAD).

O MEEM avalia as funções mentais da memória (imediata e de evocação) orientação, atenção, cálculo e linguagem, possuindo uma alta sensibilidade, que permite detectar, inclusive, níveis de deficiência modera de memória. Não possui, no entanto, capacidade de detectar deficiências cognitivas mais leves ou sutis em fase inicial de aparecimento, tendo, porém, sido comparado com diversos testes e atestado sua confiabilidade.

Deve ser ressaltado que o desempenho obtido nos resultados do MEEM sofre influência dos níveis de escolaridade da pessoa entrevistada, fato já amplamente discutido numa série de trabalhos científicos. Assim, pessoas com menor nível educacional formal, sem evidências de alterações cognitivas, exibem pontuação menor que os indivíduos com maior escolaridade. Por outro lado, idosos com nível mais alto de escolaridade podem apresentar pontuação elevada, embora possam se encontrar em fase inicial de uma síndrome demencial.

Em nosso meio, Bertolucci e col.[3], após entrevista com 530 pacientes atendidos no serviço de triagem médica, concluíram que o fator mais importante para o desempenho no MEEM foi o nível de escolaridade. Neste estudo os autores indicaram a necessidade de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

se efetuar a pontuação com níveis de cortes estratificados dos distintos graus de instrução, para que se possa realizar uma avaliação correta das alterações cognitivas, sendo os valores limites, respectivamente, 13 pontos para os analfabetos, 18 para pessoas com escolaridade baixa ou média, e 26 para aqueles com escolaridade elevada. Assinale-se que a soma total de pontos possíveis é 30.

Deve ser ressaltado que os testes de avaliação do desempenho cognitivo de pessoas idosas, assim como os testes de capacidade física são também úteis para acompanhar a evolução dos doentes, permitindo detectar mudanças no quadro clínico, e sendo mais importantes do que como auxiliares no diagnóstico da síndrome demencial.

Teste do Desenho do Relógio

O teste do desenho do relógio (TDR) é um instrumento simples, de fácil execução, para avaliação de funções neuropsiquiátricas. O teste pode ser executado em 3,5 minutos, com o examinador solicitando ao paciente que desenhe o contorno de um relógio numa folha de papel e, em seguida, desenhe os ponteiros, indicando um determinado horário. Ele foi utilizado primeiramente por Critchely[6] para avaliar funções dos lobos parietais. Até 1986, o teste do relógio, como é mais conhecido, foi empregado principalmente para detecção de distúrbios visuoconstrucionais, como apraxia construcional, alteração ligada à região parietal do cérebro.

Em 1986, Shulman e col.[24] publicaram o primeiro trabalho associando o TDR à triagem de pacientes idosos, particularmente portadores da doença de Alzheimer, cujos distúrbios cognitivos envolvem os lobos frontal, parietal e temporal, áreas cujas alterações funcionais podem ser evidenciadas por meio deste teste.

Segundo Martinelli e Aprahamian[17] este é o melhor teste para as finalidades a que se destina. Ele acessa a compreensão verbal, a memória de curto prazo (a pessoa recobra a figura de um relógio para poder desenhar algo semelhante) e a função executiva (planeja o desenho e executa-o, iniciando pelo círculo, seguido dos ponteiros e dos números dentro do relógio). Alguns autores preferem entregar um círculo pré-desenhado, acreditando que um círculo mal desenhado, que pode estar relacionado a problema motor e de coordenação, pode prejudicar todo o teste e falsear o diagnóstico.

Existem mais de 15 escalas validadas, sendo as de Shulman e col.[24,25] as mais utilizadas. Na escala de 1993, os autores atribuem cinco pontos ao relógio perfeito; quatro para erros visuoespeciais mínimos; três para representação inadequada do horário 11h, sem grande alteração visuoespacial; dois para erro espacial moderado, impossibilitando a indicação com os ponteiros; um para relógio com grande alteração visuoespecial; e zero para a incapacidade de representar qualquer imagem que lembre um relógio. Para Martinelli e Aprahamian[17] a escala de 1993 é a mais utilizada, por sua simplicidade. Sua reprodutibilidade é de 96%. A sensibilidade e a especificidade da escala de 1986 são, respectivamente, 86% e 72%.

Outras escalas podem ser também empregadas, porém, entre essas, a mais utilizada é de Sunderland e col.,[27] cuja pontuação varia de um a dez, sendo a primeira a pior pontuação e a última a melhor; e o valor de corte é de seis pontos.

Avaliação do Estado Afetivo

Já foi assinalada, no início desta seção, a elevada prevalência da síndrome depressiva entre os idosos. Este fato é facilmente compreensível se levarmos em consideração que, diferente do indivíduo jovem, a velhice está freqüentemente relacionada a perdas, muitas vezes ocorridas em curto espaço de tempo, comumente acompanhadas do sentimento de impotência para enfrentá-las. Viuvez, aposentadoria irrisória, morte de amigos e de familiares, que podem resultar em mudanças do estilo de vida, de moradia, do estado econômico, entre outros, constituem causas importantes de depressão.

Outro fato que revela a diferença entre jovens e idosos, além da maior prevalência que está intimamente relacionada às perdas referidas, é a maior incidência de suicídios nestes do que naqueles. É também no indivíduo idoso que os estados depressivos têm pior prognóstico e, quando duradouros, podem interferir com a competência e até mesmo com a capacidade de autocuidado e de vida independente, podendo, inclusive, levar à perda da autonomia. Infelizmente, mesmo depressões acentuadas muitas vezes passam despercebidas.

Várias causas podem ser responsabilizadas pela dificuldade de se fazer o diagnóstico de depressão em idosos. Assim, não é rara a coexistência de múltiplos sintomas físicos e queixas psicológicas não relacionadas à depressão; queixas físicas sem ex-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

plicação podem ser atribuídas pelo profissional, pelos familiares e pelo cuidador à hipocondria; fadiga pode ser interpretada como sinal de preguiça etc. Para evitar dificuldades de interpretação das manifestações apresentadas, é importante que os profissionais excluam doenças concomitantes, sendo fundamental ter sempre em mente que algumas medicações como, por exemplo, beta-bloqueadores podem contribuir ou mesmo desencadear manifestações depressivas.

Os doentes idosos portadores de doenças graves apresentam com freqüência sintomas de depressão que podem algumas vezes ser reações esperadas de ajustamento e que requerem apoio e orientação multidimensional e, preferencialmente, interdisciplinar. Justifica-se este cuidado, pois estes sintomas depressivos poderão persistir por tempo longo, interferindo não somente nas relações sociais e familiares, mas também nas atividades da vida diária.

Vários instrumentos estruturados válidos e confiáveis como, por exemplo, os que se seguem, são úteis para rastreamento e busca de sintomas e sinais de distúrbios afetivos: *Beck Depression Inventory, Zung Self Rating Depression Scale, Geriatric Depression Scale (GDS)* de Yesavage e col.[29], entre outros.

Este último é o que tem sido o mais utilizado em pacientes idosos, pois, além de auxiliar no estabelecimento do diagnóstico, pode também fornecer uma avaliação quantitativa dos resultados da conduta terapêutica empregada. A escala de Yesavage e col.[29] (Tabela 10.5) tendo sido amplamente utilizada, uma vez que foi desenvolvida para avaliar especificamente as pessoas idosas, e pode ser empregada tanto pelo entrevistador como pelo próprio paciente, requerendo de cinco a 15 minutos para sua aplicação.

Trinta perguntas são formuladas, procurando conhecer como se sentia o paciente na semana que passou, sendo a resposta classificada em sim ou não. Um sistema de pontuação é então estabelecido, sendo que a obtenção de até nove respostas catalogadas como depressivas é considerada dentro dos limites da normalidade, enquanto de 10 a 20 é considerada depressão leve e mais de 20, depressão acentuada. As respostas afirmativas obtidas nas questões de números 1, 3, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, e negativas em todas as demais são consideradas apropriadas e, portanto, não indicativas de sintomatologia depressiva.

Têm sido ultimamente utilizadas escalas com 5 ou 15 perguntas (Tabela 10.6). Esta última considera que cinco ou mais respostas catalogadas como depressivas levanta hipótese de provável depressão.

O desempenho social é um conceito amplo, que abrange todas as atividades e relações humanas. Sua avaliação envolve uma investigação das interações da pessoa idosa com o cuidador, os familiares e, também, com o meio em que o idoso vive. Segundo Kane[11], há diversas dimensões envolvidas na avaliação da função social do idoso, que obrigatoriamente deverão ser conhecidas pela equipe que lhe presta atendimento, particularmente o assistente social. Entre essas dimensões, todas importantes, destacam-se a sobrecarga e o estresse que pesam sobre a família em geral e sobre o cuidador, quando as circunstâncias lhes impõem cuidar de idosos fragilizados e dependentes.

Além disso, outras dimensões sociais são fundamentais para avaliação geriátrica/gerontológica. Assim, são importantes: as relações sociais, ou seja, sua freqüência, contexto e qualidade; as atividades sociais, isto é, sua freqüência, natureza e qualidade; os recursos sociais, como rendimentos, moradia e condições ambientais; e, finalmente, o suporte social, que inclui o tipo de ajuda de outras pessoas que o idoso pode contar em caso de necessidade.

Com exceção do assistente social, a avaliação do estado social não raramente é negligenciada pelos demais profissionais da equipe interdisciplinar, o que pode levar a não-implementação de um plano global de cuidados. Isto pode dificultar a integração do idoso na comunidade para ele possa participar da mesma, apesar de eventuais limitações físicas e mentais.

É na área do estado social, que se encontra intimamente relacionado aos estados físico e mental já referidos, que o cuidador pode ter um papel de destaque. Assim, estudos ingleses recentes demonstram que naquele país 95% de todos os cuidados de saúde dos idosos são ministrados por cuidadores informais. Tratam-se de familiares, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, embora sem formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis.

Os mais modernos conceitos terapêuticos em geriatria e gerontologia, segundo Garcez-Leme[9], priorizam uma abordagem profissional destes cuidadores através de cursos de treinamento, informações continuadas, treinamento em serviço etc. Tais medidas, de baixíssimo custo, apresentam um brutal impacto sobre a saúde de cada idoso em particular e sobre a saúde da população idosa como um todo. Como o grande for-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 10.5 Escala de Depressão Geriátrica

1. Você está satisfeito (a) com a sua vida?	Sim	Não
2. Tem abandonado muitas de suas atividades e interesse?	Sim	Não
3. Sente que a sua vida está vazia?	Sim	Não
4. Aborrece-se com freqüência?	Sim	Não
5. Tem esperança no futuro?	Sim	Não
6. Preocupa-se com pensamentos que não consegue afastar?	Sim	Não
7. Encontra-se animado a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Tem medo que algum mal lhe aconteça?	Sim	Não
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
10. Sente-se abandonado a maior parte do tempo?	Sim	Não
11. Sente-se com freqüência impaciente e agitado?	Sim	Não
12. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
13. Você se preocupa freqüentemente com o futuro?	Sim	Não
14. Sente-se com mais problemas de memória do que os outros?	Sim	Não
15. Acredita que é muito bom estar vivo?	Sim	Não
16. Sente-se com freqüência triste e desanimado?	Sim	Não
17. Pensa com freqüência que a sua vida não tem sentido?	Sim	Não
18. Preocupa-se muito com o passado?	Sim	Não
19. Acha sua vida muito interessante?	Sim	Não
20. Acha difícil começar novos projetos?	Sim	Não
21. Sente-se com muita energia?	Sim	Não
22. Acha que sua situação é sem esperança?	Sim	Não
23. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim	Não
24. Fica freqüentemente aborrecido com pequenas coisas?	Sim	Não
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	Sim	Não
26. Tem dificuldade de concentrar-se?	Sim	Não
27. Gosta de levantar-se pela manhã?	Sim	Não
28. Prefere evitar reuniões sociais?	Sim	Não
29. Acha fácil tomar decisões?	Sim	Não
30. Seus pensamentos atuais estão claros com anteriormente?	Sim	Não
Respostas adequadas e não indicativas de sintomatologia depressiva: SIM nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 e NÃO em todas as demais.		
Pontuação é o número de respostas sugestivas de depressão.		
Normal : 5 mais ou menos 4		
Depressão leve: 14 mais ou menos 6		
Depressão intensa: 23 mais ou menos 5		

Fonte: Yesavage JA, Brink TL, Rose TL e col.[29]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 10.6 Escala de Depressão Geriátrica com 15 Questões

1. O (A) Sr. (a) está satisfeito (a) com sua vida?	Sim	Não
2. O (A) Sr. (a) diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	Sim	Não
3. O (A) Sr. (a) sente a vida a vida está vazia?	Sim	Não
4. O (A) Sr. (a) geralmente se sente aborrecido?	Sim	Não
5. O (A) Sr. (a) se sente animado (a) a maior parte do tempo?	Sim	Não
6. O (A) Sr. (a) tem medo que alguma coisa ruim possa lhe acontecer?	Sim	Não
7. O (A) Sr. (a) se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. O (A) Sr. (a) se sente freqüentemente desamparado (a)?	Sim	Não
9. O (A) Sr. (a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
10. O (A) Sr. (a) acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	Sim	Não
11. O (A) Sr. (a) acha bom estar vivo(a)?	Sim	Não
12. O (A) Sr. (a) se sente inútil ou incapaz do modo que está agora?	Sim	Não
13. O (A) Sr. (a) se sente cheio de energia?	Sim	Não
14. O (A) Sr. (a) desesperançoso(a)?	Sim	Não
15. O (A) Sr. (a) acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor(a)?	Sim	Não
Respostas grifadas são indicativas de sintomatologia depressiva.		
Pontuação 5 = provável depressão		

Fonte: Yesavage JA e col.[29]

necedor do cuidador informal, continua o autor, é o ambiente familiar, a avaliação deste ambiente passa também a ter importância prática na própria estruturação da terapêutica medicamentosa do paciente. Quem dará o remédio na hora certa? Quem poderá levar o doente ao ambulatório ou ao laboratório para a realização de exames? Quem poderá providenciar a fisioterapia ou os cuidados dietéticos necessários? A desconsideração da existência destas questões tornará a prescrição médica um mero exercício bizantino de técnica terapêutica, sem qualquer vínculo com a realidade, vínculo este que só poderá ser resgatado com um estudo aprofundado e prático da importância do grupo familiar na vida do enfermo idoso.

Quando se considera o desempenho social como um domínio da avaliação geriátrica multidimensional, é necessário reconhecer a possibilidade de eventuais conflitos entre o doente idoso e o cuidador. Este poderá sentir-se sobrecarregado pelos cuidados prestados ao primeiro, podendo acarretar desgaste físico e estresse psíquico, particularmente quando há redução acentuada da capacidade funcional do paciente, mormente quando esta é duradoura. A síndrome demencial, principalmente na fase avançada e com distúrbio de comportamento, talvez seja o exemplo clássico de causa de estresse físico e mental do cuidador. Este, portanto, deverá receber da equipe todo apoio necessário, uma vez que exerce papel fundamental na assistência ao doente. Some-se a isto o fato que, freqüentemente, o cuidador tem idade superior a 65 anos, às vezes com limitações funcionais que tornam difícil a execução de tarefas de cuidar.

Assinale-se, também, que, como qualquer ser humano, principalmente ser for idoso, o cuidador poderá também estar sujeito a uma ou mais afecções comuns na velhice, como depressão, distúrbios funcionais e cognitivos, além de doenças físicas que podem tornar difícil realizar as tarefas, mesmo as mais banais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por outro lado, a equipe interdisciplinar deve estar sempre alerta para a possibilidade de maus-tratos ou negligência no tratamento do doente idoso. Os maus-tratos ou negligência podem ser caracterizados por agressão verbal, psicológica, física e/ou de ordem financeira. Quando o cuidador é portador de doença psiquiátrica, alcoolismo ou problemas relacionados ao abuso de drogas, o risco de maus-tratos é ainda maior.

É importante, além disso, o diálogo com o cuidador, para que se possa sentir suas emoções como, por exemplo, raiva; e avaliar sua habilidade e o seu desejo de continuar exercendo o papel de cuidar. É fundamental também saber que tarefa exige mais trabalho e quais as suas frustrações ao executar suas funções no dia-a-dia com o paciente. Diante de tais condições é importante analisar os recursos da comunidade, que podem ser considerados úteis, e também auxiliar para alívio e prevenção o desgaste físico e mental do cuidador.

O papel da equipe interdisciplinar, particularmente do assistente social, é fundamental para o diagnóstico do quadro global do binômio cuidador-paciente e para implementar medidas tendentes a corrigir ou minimizar os aspectos referidos. O assistente social é especificamente treinado para realizar a avaliação social, inclusive a respeito da dinâmica familiar e da relação cuidador-paciente; para obter os recursos disponíveis na comunidade; e para buscar, dentro da equipe, o profissional destinado a efetuar, se necessário, o aconselhamento psicoterápico (que deverá ser realizado pelo psicólogo da equipe), como tentativa de solucionar os problemas referidos.

Considerações Finais

Ficou suficientemente claro que a avaliação multidimensional do enfermo idoso, que é universalmente aceita e recomendada, deverá preferencialmente ter a colaboração de uma equipe interdisciplinar. Essa orientação, como já foi referido, atende aos múltiplos aspectos clínicos da velhice e aos múltiplos fatores presentes no processo de envelhecimento. Com isto atende-se o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, visando a autonomia e o bem-estar do doente idoso e, em última instância, a melhoria da qualidade de vida.

Destacou-se em todas as fases deste e do capítulo anterior, a importância da equipe interdisciplinar, pois que para atender às múltiplas facetas do velho seria utópico imaginar que alguém, por mais capacitado que seja, possa fazê-lo com a mesma eficiência e competência que o conjunto de profissionais responsáveis pelas diversas áreas que compõem a ciência gerontológica. Foi ressaltado também como ponto fundamental deste capítulo a importância da avaliação do estado funcional, através dos diversos instrumentos de abordagem do estado físico, psíquico e social.

Referências Bibliográficas

1. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments ffor the functional assessment of older patients. New Engl J Med; 1990: 322 (17) 1207.
2. Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M et al. Instruments activities of daily living as screening tool for cognitive impairment and dementia elderly community dwellers. J Am Med Soc; 1992; 40: 1129.
3. Berttolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR. O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr; 1994; 52 (1): 1.
4. Brito FC, Papaléo Netto M.Aspectos multidimensionais das urgências no idoso. In: Papaléo Netto M, Brito FC (eds.). Urgências em Geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 23.
5. Carlson JE, Zocchi KA, Bettencourt D, et al. Measuring frailty in hospitalized elderly: concepts of functional homeostasis. Am J Phys Med Rehabil; 1998: 77: 252.
6. Critcheley M. The parietal lobes. Nova York: Hafner Publishing Co; 1953.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHug PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state for clinician. J Psychiatr Res; 1075; 12: 89.
8. Gallo JJ, Stanley L, Zack NE et al. Multidimensional assessment of older patient. Handbook of Geriatric Assessment. 2nd ed. Aspen: Gaithersburg: Aspen; 1995.
9. Garcez-Leme LE.O idoso e a família. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 92.
10. George LK, Fillenbaum G. OARS Methoodlogy. A decade of experience in geriatric assessment. J Am Geriatr Soc; 1985.
11. Kane RA. Assessing social function in the elderly. Clin Geriatr Med; 1987; 3: 87.
12. Kane RA, Kane RS. Assessing the elderly. A practical guide to measurement. Lexington: Lexington Books; 1981.
13. Katz S, Ford AB, Moskowitz et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL – a standardized measure of biological and psicosocial function. J Am Med Ass; 1963; 185: 914.
14. Kawasaki K, Keila C, Cruz T, Diogo MJD. A utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: revisão bibliográfica. Med Reabil; 2004; 23(7): 57.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of old people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist; 1969; 9: 179.
16. Lieberman D, Friger M, Fried M et al. Characterization of elderly patients in rehabilitation: stroke versus hip fracture. Disabil Rehabil; 1999; 21: 542.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

17. Martinelli JE, Aprahamian I. O teste do desenho do relógio: revisão crítica de seu valor na triagem de demências iniciais em idosos. In: Neri Al, Yassuda MS (orgs.). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus; 2004. p. 185.
18. Matthews DA. Marjory Warren and the origin of British Geriatrics. J AM Geriatr Soc; 1894; 32: 253.
19. Ottenbacher KJ, Hsu Y, Granger V et al. The reliability of functional independence measure: a quantitative review. Arch Phys Med Rehabil; 1996; 77: 1226.
20. Paolinelli GC, Gonzalez HP, Doniez S et al. Instrumento de evaluatión funcional de la discapacidad en rehabilitación. Estudio de confiabilidad e experiencia clínica con el uso del Funcional Independence Measure. Rev Med Chile; 2001; 129: 23.
21. Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafios na transição do século. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 3.
22. Riberto M, Miyasaki MH, Firge Fukhi D et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. Acta Fisiatr; 2001; 8: 45.
23. Rubebstein LZ, Rubenstein LV. Multidimensional geriatric assessment. In: Blocklenhurst JC, Tallis RC, Fillit HM (eds.). Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5 ed. London: Churchill Livingstone; 1997. p. 207.
24. Shulman KI, Schedletsky R, Silver IL. The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry; 1986; 1: 135.
25. Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, Zucchero CA. Clock drawing and dementia in community: a longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry; 1993; 8: 487.
26. Shulman KI. Clock drawing: it is ideal cognitive screen test? Int J Geriatr Psychiatry; 2000; 15: 548.
27. Sunderland T, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. J Am Geriatr Soc; 1989; 37: 725.
28. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. J Psychiatr Res; 1982; 17: 37.
29. Yesavage JA et al. Escala de depressão abreviada. J Psychiatr Res; 1983; 17(1); 37.
30. Yuaso DR. Screening para avaliação de independência. Gerontologia; 2003; 11(1-4): 26-30.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

11 Interdisciplinaridade em Gerontologia: Aspectos Conceituais e Objetivos

Matheus Papaléo Netto
Denise Rodrigues Yuaso

Introdução

A cada ano crescem o interesse e a conscientização da importância da avaliação multidimensional em diversas áreas do conhecimento humano, sendo esta afirmação particularmente verdadeira em relação à saúde da população idosa.

Para dar atenção abrangente à saúde do indivíduo idoso e para aquisição de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e a velhice, é fundamental que os profissionais de saúde que militam na área gerontológica tenham em mente que o estado de saúde transcende os limites biomédicos e psicossociais.

Torna-se evidente a partir dessas considerações que, para atingir esse objetivo, há necessidade da colaboração de profissionais das várias disciplinas que compõem o amplo espectro da ciência do envelhecimento. Há necessidade também de se pensar em estabelecer conexões e correspondência entre essas disciplinas científicas. Este é o princípio básico que dá suporte à interdisciplinaridade. Esta, segundo Minayo[15], enquanto proposta, se coloca como alternativa na busca do equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora, entre a especialização e o saber geral, e entre o saber especializado e a reflexão filosófica.

Aceitando-se, por outro lado, como exposto no capítulo anterior, que a atenção à saúde do idoso deve ser prioritariamente multidimensional devido às múltiplas facetas do processo de envelhecimento, não há como imaginar que, para atingir esse objetivo em sua plenitude, isso possa ser efetuado com os conhecimentos pertinentes à apenas uma disciplina. Extrai-se dessas considerações que, para propiciar atenção abrangente à saúde do idoso, dois fundamentos básicos são essenciais:

1. aceitar que a saúde, sem nenhuma dúvida, transcende os limites biológicos, objetivando não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, a obtenção de maior autonomia e independência, isto é, melhoria da qualidade de vida;
2. incentivar a formação de equipes de profissionais de diferentes disciplinas, que, imbuídos dos mesmos princípios e atuando nas suas respectivas áreas de conhecimento e prática, possam interagir com os demais, o que constitui a essência da interdisciplinaridade/interprofissionalidade.

Tais considerações colocam o profissional diante do desafio de efetivamente lutar para que a interdisciplinaridade na área da saúde saia dos bancos acadêmicos, transcenda os limites da discussão teórica, situação esta que, se não revertida para a prática diária, torna-se estéril e, portanto, inócua.

Essa é a mensagem que este capítulo pretende passar ao abordar os objetivos da interdisciplinaridade, visando à promoção da saúde e como meio de pes-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

quisa e ensino do fenômeno do envelhecimento. Serão tecidas também algumas considerações conceituais sobre a definição dos termos *disciplina* e *disciplinaridade*, além de aspectos pertinentes à relação entre os diversos profissionais da equipe e sua composição.

Conceitos de Disciplina e Disciplinaridade

Aurélio Buarque de Hollanda Ferreira, em seu dicionário, define disciplina como matéria de ensino, conjunto de conhecimentos que se professam em cada cadeira de um estabelecimento. Segundo Satin[21], o termo disciplina é usado para denotar uma profissão ou ocupação, cujos conhecimento, habilidades, prática e valores permitem fazer uma contribuição diferente de outras disciplinas e cujas teoria e terminologia são suficientemente diferentes das demais. O mesmo autor cita como exemplos disciplinas referentes a enfermagem e a terapia ocupacional. Explica também que a pediatria e a psiquiatria são disciplinas contidas na área da medicina.

Por outro lado, é importante que também fique clara a definição de disciplinaridade, tendo em vista a grande complexidade do mundo contemporâneo. Este, segundo alguns autores, defronta-se com vários desafios relacionados com o pensamento fragmentado, fruto do racionalismo da era moderna[3,18].

Uma das características dos dias atuais é a proliferação de conhecimento, que se transforma rapidamente e se dividido em áreas isoladas, fenômeno este conhecido por disciplinaridade[18]. Em decorrência disso tomou vulto a noção de especialização praticamente em todas as áreas da prática e do conhecimento humanos, abrindo-se espaço para a fragmentação do saber. Criou-se, então, inclusive no campo das práticas sociais, novas profissões e um novo sistema de ensino e formação estruturado com base na disciplinaridade, caracterizada pela fragmentação do objeto e pela crescente especialização do sujeito científico[1].

No entanto, a complexidade do mundo e a cultura exigem análises mais integradas. Qualquer acontecimento humano apresenta diversas dimensões, uma vez que a realidade é multifacetada e, portanto, a compreensão de qualquer fenômeno social tem de ser respaldada na multidimensionalidade, exigindo-se, por outro lado, que sua avaliação seja integrada[24].

Gerontologia como Disciplina

Estabelecidos os conceitos de disciplina e disciplinaridade, é fundamental deixarmos clara nossa opinião sobre um tema que, por vezes, é motivo de debate. Pode-se considerar a gerontologia uma disciplina?

É fundamental ter presente os significados de disciplina contidos no dicionário de Aurélio Buarque de Hollanda Ferreira, referidos anteriormente. Esses significados são por si sós expressivos na justificativa da inclusão da gerontologia como disciplina. Isso, no entanto, tem sido motivo de questionamentos, principalmente por parte de Moragas[17]. A esse respeito, o autor assim se posiciona: "Ao constituir o envelhecimento um fenômeno humano, como a infância e a idade adulta, as perguntas devem ser respondidas pelas disciplinas estabelecidas, como a medicina, a sociologia, a economia, o direito etc., com enfoque gerontológico, não se justificando a criação de uma nova disciplina ou profissão que englobe todas as respostas a esta fase da vida humana."

Essa opinião de Moragas é no mínimo discutível. Vários argumentos podem ser levantados, além, obviamente, da própria definição de disciplina referida anteriormente. Esta coloca um ponto final nos questionamentos que foram levantados. De fato, pode-se definir a gerontologia como uma disciplina multi e interdisciplinar voltada à descrição e à explicação das mudanças típicas do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Ela está voltada também para o estudo das pessoas idosas, de várias experiências da velhice e do processo de envelhecimento, presente em diferentes contextos socioculturais e históricos[19]. Acrescente-se que o próprio pioneiro da gerontologia, Metchnikoff, defendeu em 1903 a criação de uma nova disciplina, cujo nome deriva de *gero* (velho) e *logia* (estudo ou conhecimento).

Tais argumentos são mais que suficientes para colocar por terra opiniões contrárias. Acrescente-se a visão e a abrangência do vocábulo disciplina no Brasil, que é diferente da emitida por Moragas, fato que tem respaldo na existência da disciplina de pediatria em todas as faculdades de medicina do país. Se formos buscar o argumento deste autor, esta, à seme-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lhança da gerontologia, também estuda um fenômeno humano; no caso, a infância.

Conceito de Interdisciplinaridade

Há diferentes opiniões sobre o que é verdadeiramente a interdisciplinaridade, considerando-se que a mesma só pode ser considerada se a comunicação em diálogo gera integração mútua dos conceitos entre duas ou mais disciplinas, seja na constituição de um novo conhecimento ou na busca da resolução para um problema concreto[14].

Os mesmos autores assinalam ainda que a interdisciplinaridade é tomada como inter-relação e interação de disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. Nesse caso, ocorre uma unificação conceitual dos métodos e estruturas na qual as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Estabelece-se uma interdependência entre as mesmas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento. Dessa maneira, a interdisciplinaridade se apresenta como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual.

Essas considerações colocam diante do ser humano a importância da interdisciplinaridade, mas, provavelmente, é na área da saúde e, mais especificamente, em gerontologia que ela passa a assumir papel de relevância. A esse respeito, Minayo[15] assim se expressa: "Há áreas de investigação e prática que nunca poderiam ser abrangidas através de uma única disciplina. Este é o caso da saúde do idoso, em que as questões biológicas estão imbricadas com relações sociais, expressões emocionais, razões culturais e ambientais." De fato, tendo em mente que a saúde tem de ser vista em sua integridade, não se pode permitir sua fragmentação em saúdes física, mental e social, e, portanto, parte-se de uma visão holística que supõe entendê-la na interface da grande diversidade de disciplinas. Tal diversidade, segundo Nunes[20], torna-se mais complexa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa à esfera coletiva.

Nesse momento, é fundamental inserir a reflexão do antropólogo Marcel Mauss, citado por Minayo[15], segundo o qual, ao se falar de questões humanas, há necessidade de buscar um paradigma capaz de articular com precisão os níveis biológico, emocional e cultural sob o enfoque de um "fato social total". Usando o conceito de "complementaridade dinâmica", o autor afirma que não há contradição entre o social propriamente dito, o psicológico e o biológico, e sim uma relação peculiar que precisa ser apreendida em toda a sua dimensão.

A visão do antropólogo se contrapõe, obviamente, ao mito da ciência pura e imaculada, que seguramente é um dos grandes responsáveis pelo descalabro do ponto de vista humanista do sistema de saúde, centrado prioritariamente no saber biomédico fragmentário. Com efeito, a ciência ainda é vista hierarquicamente e há hegemonia do modelo biomédico. Apesar das dificuldades impostas por este modelo, Minayo[15] acredita que há um ilimitado campo de possibilidades a ser explorado na área da saúde. Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo biomédico e as concepções reducionista das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem em seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte, com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Este apelo cotidiano do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. Nela, a luta tem de ser travada na eleição das disciplinas, na escolha, no aprofundamento e na transitividade dos conceitos, da linguagem e da adequação entre métodos e técnica e na busca de uma retórica capaz de traduzir para os leigos a linguagem dos técnicos, que diz respeito aos mais relevantes assuntos referentes à vida, à saúde, à doença e à morte — assuntos que interessam a todos.

Essas colocações, mais que simples reflexões, trazem à evidência a necessidade absoluta de participação efetiva das várias disciplinas e dos profissionais que atuam no campo da saúde, particularmente aqueles cuja atuação é dirigida à população idosa.

A esse respeito, pode-se aceitar que a assistência focada no modelo biomédico como único indicador para os cuidados do paciente idoso deve ser evitada por não ter alcançado o conhecimento apropriado para o desenvolvimento de uma prática em saúde adequada ao idoso. Apesar da freqüência dos problemas médicos, outros fatores, de natureza social, psicológica, ambiental, cultural e econômica, em maior ou menor grau, podem acompanhar, concomitantemente, o processo de envelhecimento, fazendo-se necessárias intervenções de caráter interprofissional.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Modalidades de Assistência Disciplinar

As considerações anteriormente expostas revelam a importância de se estabelecer que no atendimento à saúde e na pesquisa sobre o processo de envelhecimento — a atribuições da ciência gerontológica — múltiplas áreas de competência, que interagem entre si, são necessárias pelas seguintes razões:

- os idosos, mais que os indivíduos de outras faixas etárias, têm um grande leque de necessidades de atenção à saúde, devido às várias facetas que envolvem o fenômeno do envelhecimento;
- os aspectos físicos, cognitivos, emocionais, sociais etc., influenciam as pessoas idosas e, seguramente, são mais interdependentes do que nos indivíduos mais jovens.

Essas razões justificam não só a integração das diversas disciplinas, como também demonstram a importância do conhecimento e da estrutura das relações entre as mesmas, visando aos cuidados e ao suporte das pessoas dessa faixa etária e suas famílias. Além disso, são fundamentais na capacitação e na satisfação pessoal dos profissionais e no aprimoramento do campo da gerontologia.

Várias modalidades de assistência disciplinar são propostas: unidisciplinar, transdisciplinar, pandisciplinar, pluridisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar, entre outras.

O vocábulo interdisciplinaridade tem sido utilizado para classificar as diversas modalidades citadas (exclusive, obviamente, a forma unidisciplinar), conforme o grau de integração das disciplinas (Erich Jantsch, citado por Torres-Santomé[23]). Preferimos utilizar o termo modalidades de assistência disciplinar para congregar os diversos modelos citados, que possuem diferentes níveis de integração das diversas disciplinas.

Algumas características têm de ser levadas em consideração quando se analisam as modalidades que envolvem várias disciplinas: a percepção e o conhecimento de sua contribuição e a interdependência das mesmas. No outro extremo encontra-se a modalidade unidisciplinar, na qual há total independência de uma disciplina em relação às demais. Neste modelo, cada disciplina tem seu planejamento, aprendizado e prática, sem se levar em consideração a natureza e a abrangência das demais. Nas outras modalidades há superposição maior ou menor das áreas de competência ou, mais precisamente, do grau de inter-relação das mesmas.

Vamos deter nossa atenção somente sobre a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, posto que estas têm sido erradamente utilizadas como sinônimos. Na verdade elas têm finalidades, formas de atuação e visões diferentes quanto ao grau de participação e de inter-relação das diversas disciplinas e de seus profissionais. Assim, o primeiro vocábulo, ainda freqüentemente empregado, tem somente a finalidade de dar uma denominação à reunião de várias disciplinas, na qual é focalizado determinado tema sob a ótica de cada disciplina e, mais especificamente, em questões relacionadas à atenção à saúde e sua área de conhecimento. Pode haver justaposição de visões, mas não uma verdadeira integração. Apesar disso, é lógico que a multidisciplinaridade tem como resultado a soma de esforços em benefício do paciente idoso e dos projetos de estudo, planejando a abordagem do problema, decidindo quais profissionais deverão ser envolvidos e quais serão as suas atribuições. Os profissionais, diferentemente do que ocorre com a interdisciplinaridade, atuam e adquirem conhecimentos nos limites estreitos de sua disciplina, com exceção de raras experiências obtidas perifericamente por meio do contato com profissionais de outras áreas.

O termo interdisciplinaridade aplica-se à modalidade de assistência disciplinar que difere do modelo multidisciplinar e também dos demais, ou seja, as formas de atuação, de aquisição e de transmissão de conhecimentos são fundamentalmente diferentes. A interdisciplinaridade, segundo Satin[21], conscientemente reconhece e implementa a integração das diversas esferas de competência das várias disciplinas por meio da indispensável contribuição de cada uma. Acrescente-se que os conhecimentos de cada área disseminam-se em direção às demais, propiciando condições para tornar maior o entrosamento de todos profissionais, assim como proporcionar melhor e mais ampla assistência ao idoso e intensificar a realização de pesquisas que tenham cunho gerontológico, para as quais a interdisciplinaridade é fundamental.

É preciso ter em mente e deve ser enfatizado que nesse processo de construção do conhecimento o saber de uma determinada área se difunde para as demais.

Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

As considerações expostas colocam em evidência a importância do modelo interdisciplinar, profunda-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mente disseminado em todos os ramos do conhecimento humano e da prática, como aquele que atende à necessária abrangência da assistência à saúde. Para que essa visão holística possa ser atingida em toda sua plenitude é óbvio que os preceitos que norteiam a interdisciplinaridade sejam colocados em prática por uma equipe cujos participantes comunguem os mesmos princípios. O que se busca é a integração de todos os profissionais, condição básica para se criar o espírito da interprofissionalidade.

Para discorrer sobre indisciplinaridade e interprofissionalidade é fundamental esclarecer que, em relação à população da terceira idade, a colocação em prática desta modalidade de assistência disciplinar nos países em desenvolvimento é seguramente mais difícil, visto que, além de comportamentos desfavoráveis ao velho e à velhice, que estão também presentes nas nações desenvolvidas, há escassez de recursos disponíveis para atender aos vários problemas que afligem a população idosa. De qualquer forma, mesmo que as condições socioeconômicas não sejam as ideais, não é mais possível entender a avaliação gerontológica multidimensional desvinculada do trabalho de uma equipe interprofissional.

Além dessas razões, o fato de a interdisciplinaridade não ter sido até hoje implantada em todos os serviços de atendimento ao idoso deve-se a outros aspectos infelizmente até hoje presentes. Um deles, certamente muito relevante, é o fato de a geriatria assumir durante algumas décadas maior importância que os demais campos da gerontologia, criando-se a impressão de que as duas seriam áreas totalmente independentes. Lamentável engano, que hoje tende a desaparecer. Esse fato destaca para todos a importância da caracterização da gerontologia e de seu campo de abrangência. A gerontologia trata de qualquer aspecto relacionado ao fenômeno de envelhecimento, seja este biológico, psicológico, social, legal etc. Tal multiplicidade de facetas promoveu uma diversificação de possibilidades de assistência à saúde da pessoa idosa, motivando o aparecimento de áreas até então inexistentes ou pouco difundidas no amplo contexto da gerontologia no que diz respeito a possibilidades diagnósticas, preventivas e terapêuticas.

Assim como na medicina surgiu a geriatria para fazer frente às necessidades do velho enfermo, nas ciências sociais surgiram a gerontologia social e seus ramos, que percebem a velhice como problema social. Começou então a crescer, ao lado dos médicos e de outros profissionais responsáveis pelo estudo dos aspectos orgânicos do fenômeno do envelhecimento, o número de profissionais ligados às áreas das ciências sociais. Com efeito, sendo o fenômeno do envelhecimento não necessariamente patológico, embora sejam freqüentes as doenças nesta faixa etária, assumem particular importância nessa fase da vida os problemas de discriminação social e econômica a que estão submetidos os idosos, aspectos cuja abordagem é atribuição da gerontologia social.

Percebe-se do exposto que, para propiciar atenção holística à população idosa, a atuação deixa de ser exercida por um ou poucos profissionais e passa a ser executada por uma equipe, cujos componentes serão responsáveis pelas diversas áreas da atividade assistencial e do conhecimento gerontológico, evidentemente trabalhando sob a ótica da interdisciplinaridade. Tal visão da atenção à saúde do idoso e da pesquisa sobre o fenômeno do envelhecimento é apanágio da gerontologia e é atribuição dos gerontólogos, dentro desse vasto campo de atuação, implantar medidas tendentes a tornar efetivo esse modelo de assistência, pesquisa e ensino na área da ciência do envelhecimento.

Tendo em vista esse fundamento básico, justifica-se a nossa intenção de não fazer quaisquer considerações a respeito da formação de conhecimentos e de atuação dos profissionais baseadas tão somente nos currículos acadêmicos que, embora importantes, são ainda muito presos aos estreitos limites de suas respectivas disciplinas.

É importante, ao se abordar as formas de aquisição e transmissão de conhecimentos e de atuação, que fique claro que o estado de saúde transcende os limites puramente biológicos, que têm como objetivo maior a melhora da qualidade de vida, e não simplesmente o tratamento e o controle das doenças. Depreende-se que, para atingir este objetivo — diga-se de passagem, preconizado pela Organização Mundial de Saúde —, mais que o bem-estar físico, deve ser considerada a complexa inter-relação entre os aspectos físicos, psicológicos e funcionais dos idosos, à qual se encontram associados os fatores ambientais e as condições socioeconômicas.

Para que a modalidade interdisciplinar seja realmente implementada, há necessidade de que os membros da equipe reconheçam a indispensável contribuição das várias disciplinas, promovendo a efetiva inter-relação das mesmas. Os praticantes e de-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fensores da interdisciplinaridade em qualquer campo de atuação deverão ser, ao mesmo tempo, flexíveis e vigilantes quanto às suas próprias orientações e as dos outros profissionais da equipe, deverão estar abertos à recepção e transmissão de conhecimentos e deverão ser receptivos quanto à possibilidade de assumir, quando necessário, papéis administrativos, de acordo com sua capacidade.

Os profissionais da equipe interdisciplinar têm à disposição três campos nos quais atuar: pesquisa, ensino e assistência à saúde. É importante assinalar que esses campos de atuação são fundamentais para a aquisição e a transmissão de conhecimentos.

O grande desafio é transformar em realidade o fundamento básico da interprofissionalidade, que ainda se encontra em fase de discurso. Pouco já foi feito quanto à implementação de medidas tendentes a colocar em prática a filosofia de trabalho da interdisciplinaridade. O que se nota hoje é que, enquanto o ensino e a assistência à saúde apresentam alguns avanços, embora ainda discretos, o mesmo não acontece com as pesquisas. Estas, apesar de cobertas pela denominação interdisciplinares, são, em verdade, realizadas na maioria das vezes por um ou poucos profissionais. Deixa-se de lado a imprescindível colaboração de outros profissionais, embora estes participem da mesma equipe.

Percebe-se, pois, que o desafio maior ainda está para ser ultrapassado, ou seja, que múltiplas áreas de conhecimento, com várias formas de atuação e diversas propostas de trabalho, possam agir em conjunto para planejamento e execução das atividades nos três campos anteriormente assinalados.

O relacionamento entre os profissionais, que constitui a essência da interdisciplinaridade, acha-se expresso graficamente na Fig. 11.1. Observa-se que as esferas representativas dos vários profissionais se interseccionam e estão ligadas por duas grandes setas. Tanto a ligação como a intersecção referidas, que procuram demonstrar a inter-relação entre os profissionais da equipe, representam papel fundamental na evolução de conhecimentos do amplo espectro de disciplinas que constitui a ciência do envelhecimento. É necessário admitir, no entanto, que a inter-relação é ainda muito complexa e que a mesma somente irá ocorrer se houver conscientização sobre a importância dessa forma de atuação; se houver maturidade, interesse e disponibilidade dos profissionais para efetivamente participar da equipe. É necessário também que os membros da equipe estejam dispostos a romper com os preconceitos que cada um carrega desde os bancos acadêmicos, que os impedem de ver além de sua formação; e é essencial a capacidade dos integrantes da equipe de entender os demais e de se fazer entender por eles. Em última análise, é fundamental adquirir o "espírito" da interdisciplinaridade, ou seja, se conscientizar sobre a necessidade constante de amadurecimento, contribuindo para a evolução dos conhecimentos na área da ciência do envelhecimento.

Como Estímulo à Formação de Conhecimentos

A necessidade de interação dos componentes de uma equipe interdisciplinar, com a finalidade de colocar em prática a visão multidimensional de atenção à saúde do idoso, fez com que crescesse o interesse dos profissionais em adquirir conhecimentos além dos limites de suas respectivas áreas de atividade. Embora atuando dentro de seu campo técnico, tais profissionais, ao adquirirem conhecimentos de outras áreas envolvidas, facilitam a atuação de toda equipe. Observa-se, portanto, que os conhecimentos próprios de um determinado campo de atuação se difundem não somente à pessoa idosa, mas também aos demais profissionais, e o resultado disso é o incremento do somatório de conhecimentos de toda equipe. É através dessa atuação integrada de todos os profissionais que o saber das diversas disciplinas soma-se e irradia-se para toda equipe[12].

Não há dúvidas de que na interprofissionalidade a competência e a identidade dos membros de uma equipe, embora obrigatoriamente respeitadas, são também influenciadas por experiências e talentos de profissionais provenientes de outras áreas. Pode-se perceber através dessas considerações que a prática e a identidade do profissional não ficam confinadas dentro da disciplina de origem. O saber cresce por meio da exposição a outras áreas de atuação e experiências. Esse é um dos fundamentos básicos da interdisciplinaridade, seguramente diferente, qualitativamente e quantitativamente, das outras modalidades de assistência disciplinar anteriormente referidas. Há com isso um evidente benefício obtido através da relação mais íntima e mais flexível de trabalho entre as várias disciplinas e seus respectivos profissionais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 11.1 Intersecção e inter-relação entre os diversos profissionais.

Cremos ter exaustivamente enfatizado que a gerontologia, assim como as demais ciências nos seus respectivos campos de atuação, deve muito de seu conhecimento à integração e à interação de várias áreas do saber. Isso é um fato. Algumas perguntas, no entanto, devem ser feitas. Como se dão a integração e a interação dessas áreas do saber? O que pode cada profissional de cada campo na gerontologia acrescentar para o crescimento do somatório de conhecimentos de todo grupo?

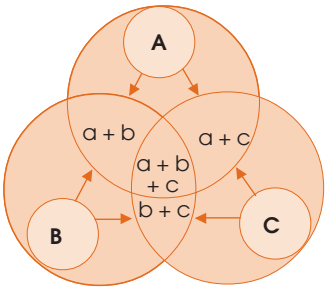
O modelo esquemático representado na Fig. 11.2 representa uma tentativa gráfica ilustrativa do processo de construção do saber em todos os campos da ciência, nos quais a interdisciplinaridade tem papel indiscutível. É esse modelo esquemático que se aplica de forma adequada na gerontologia. Assim, partindo-se do amplo espectro de disciplinas que hoje compõem a ciência do envelhecimento, pode-se observar que, de início, diante de um problema novo, as diversas áreas de estudo se encontravam em estado generalizado de desconhecimento. Começam então a surgir focos ou ilhas do saber de limites bem definidos e cuja evolução depende do intercâmbio profissional.

Essas ilhas do saber, representadas na figura pelas pequenas esferas A, B e C, apresentam cada uma delas nítida tendência a se expandir em direção às demais, propiciando condições para a expansão do conhecimento. De fato, é fácil entender como esses focos, limitados no início do processo de conhecimento aos seus respectivos campos de abrangência, ao se expandirem ocasionam intersecção dos diversos focos, criando as interfaces do saber: a + b, b + c, a + c e a + b + c que, em verdade, são áreas comuns aos diversos focos originais. Haverá, então, uma verdadeira difusão de conhecimentos em todos os sentidos, justificando a origem de um dos grandes fundamentos da interdisciplinaridade.

Na Assistência à Saúde da Pessoa Idosa

Há algum tempo a atenção à saúde da pessoa idosa deixou de ser exercida por apenas um profissional, freqüentemente o médico, ou por poucos profissionais que atuavam isoladamente em seus locais de trabalho, praticamente desvinculados entre si.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



A, B e C = focos do saber
a + b, a + c, a + b + c = interfaces do saber

Fig. 11.2 Representação gráfica da interdisciplinaridade/ interprofissionalidade.

A evolução dos conhecimentos proporcionou a possibilidade de a assistência ao idoso ser exercida também por aqueles profissionais que, por serem responsáveis por determinado campo de atuação e de conhecimento**,** têm condição de fazê-lo com maior eficiência e competência dentro do contexto da interdisciplinaridade em gerontologia. É óbvio que, sendo a gerontologia multifacetada e multifatorial, os diversos fatores que interferem na saúde do idoso não devem ser abordados por apenas um ou poucos profissionais. Pelo contrário, o indivíduo deve ser visto em sua integridade física, psíquica e social. Somente dessa forma é que se observa uma verdadeira interação dos profissionais das diferentes disciplinas, o que permite uma conduta mais apropriada para atendimento à saúde. A Fig. 11.3 constitui uma representação gráfica da inter-relação entre os diversos componentes da equipe, cuja atenção é dirigida ao idoso, que se encontra representado no centro da figura. A relação entre os profissionais é definida pela íntima conexão entre as setas, que representam os membros de cada área da equipe.

Devido às múltiplas facetas do processo de envelhecimento e sua repercussão sobre o estado de saúde da pessoa idosa e à freqüência com que essa situação se apresenta, a assistência interdisciplinar torna-se indispensável. De fato, é impensável, diante da situação exposta, qualquer atitude que faça lembrar o tempo em que a atenção à saúde restringia-se somente à luta contra a doença instalada, com finalidade essencialmente terapêutica, para a qual a conduta a ser adotada era decidida por um ou poucos profissionais. O que se busca hoje é, prioritariamente, além da cura da doença, que nem sempre é obtida, ou do controle dos sintomas, o bem-estar físico, psíquico e social — em última análise, a melhora da qualidade de vida. Para que se concretize esse objetivo, a atuação deverá ser freqüentemente multidimensional, sendo necessário, portanto, para atender a essa diretriz, a colaboração de profissionais das diversas áreas que, em conjunto, respeitando-se a especificidade da cada disciplina e de cada caso, definirão a melhor conduta a ser adotada.

Segundo Leme[12], o que se objetiva é um tipo ideal de atenção à saúde do idoso, no qual diversos profissionais atuem conjuntamente dentro de suas respectivas áreas de competência individual e interajam nas áreas comuns, sem interferir em questões específicas. Visa-se com isso, como bem final, à melhora da condição integral da saúde do paciente, entendida esta como situação de bem-estar físico, psíquico e social. Essas considerações, segundo o mesmo autor, deixam clara a importância da interprofissionalidade no atendimento da população idosa, particularmente dos "grandes idosos", portadores de grandes limitações. Quanto mais se conhecem as peculiaridades orgânicas, funcionais, psíquicas e sociais da chamada "terceira idade", mais se torna patente a necessidade de uma estrutura de saúde especializada que possa oferecer, em todos os níveis de atenção, os múltiplos e complexos apoios requeridos por essa faixa da população.

Formação da Equipe

O número de profissionais necessários para compor a equipe é um aspecto importante, embora não haja uma conduta rígida para determinar a composição ideal. É óbvio que, quanto maior o número de profissionais, maior também será o número possível de inter-relações entre eles para que se possa assegurar uma boa comunicação e para a solução de problemas da equipe. É fundamental, no entanto, assinalar que o tamanho ideal do grupo deverá ser adaptado ao conteúdo programático, ou seja, a estrutura da equipe deverá estar diretamente relacionada às metas específicas e às tarefas a serem desenvolvidas.

O atendimento a ser prestado somente em casos raros é realizado por todos os membros ou pela maioria. Assim, mesmo os grandes serviços de gerontologia que dispõem de profissionais de várias áreas, como enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, entre outros, que, portanto, poderiam tê-los à sua disposi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ção, o fazem apenas raramente. De fato, a equipe na íntegra freqüentemente será acionada em raras ocasiões, pois cuidados de qualidade podem ser prestados sem a participação de todos os seus membros. Com efeito, devido às diferentes naturezas dos papéis de cada profissional, dos diversos tipos de problemas de saúde e da disponibilidade de recursos, é melhor não definir o número de membros da equipe rigidamente, mas sim designá-los tendo em vista a natureza da tarefa a ser realizada.

Há vários modelos de funcionamento que têm sido motivos de debate e discussão na literatura a respeito dos profissionais que deverão, juntos, participar dos cuidados primários a serem dispensados ao idoso e daqueles que poderão ser úteis como consultantes[20].

Para atendimento à saúde da pessoa idosa há necessidade de que os membros da equipe interprofissional apresentem algumas características fundamentais, que deverão estar presentes em todos os seus componentes. Assim, paralelamente aos atributos já referidos, como a experiência e o conhecimento carregados de suas disciplinas de origem e o interesse e a disponibilidade de trabalhar em uma equipe que tenha princípios básicos implícita e explicitamente já enfatizados, é necessário que esses profissionais estejam plenamente conscientizados da filosofia de trabalho que norteia a equipe. Deverão estar cientes da importância da interprofissionalidade, que, se não completamente reconhecida e valorizada, poderá ser o foco de dificuldades de relacionamento entre alguns profissionais e, não raramente, em todo o grupo. Esse é motivo pelo qual em algumas partes do mundo as equipes contam com o apoio de psicólogos para tentar estruturar uma dinâmica adequada no relacionamento entre seus componentes. Algumas virtudes são particularmente essenciais, como a cordialidade, o reconhecimento de limitações próprias de sua personalidade e daquelas inerentes à formação acadêmica, discutidas anteriormente, e a capacidade de dividir decisões. De nada servirá à equipe a existência de profissionais com ótima formação em sua área de conhecimento específico, mas que queiram monopolizar decisões ou condutas gerais da equipe, tentando por vezes transformar os demais em platéia[12].

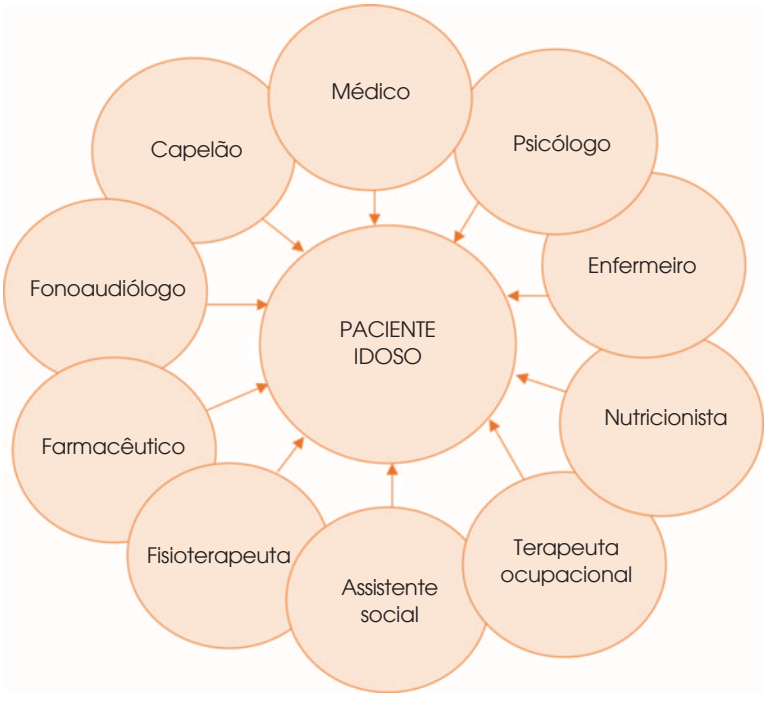


Fig. 11.3 Representação gráfica da inter-relação entre os profissionais da equipe.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

De todos os profissionais, o médico tem muito provavelmente maior dificuldade para trabalhar em equipes interprofissionais. Há vários fatores responsáveis por essa postura. Entre eles o *status* e o "poder" atribuídos ao médico pelo doente, pelos familiares, pela sociedade e, por vezes, pelos próprios profissionais de saúde. Com efeito, esse "poder", que tem sua base em aspectos culturais, em verdade tem acarretado prejuízo para a formação profissional, particularmente numa área que tem com fundamento básico a interprofissionalidade. Por outro lado, o médico apenas discretamente e esporadicamente tem se submetido à exposição e a experiências com caráter interdisciplinar, tanto durante sua formação como também durante o período de residência médica. Felizmente, pelo menos no campo da gerontologia, a reversão desse quadro já está se delineando. É importante que esse profissional se conscientize da relevância da adaptação a essa forma de atenção à saúde, buscando através do relacionamento com os demais profissionais o enriquecimento de sua formação.

Relação entre Paciente e Equipe

A relação da equipe com o paciente é mais complexa do que entre este o profissional que o atende individualmente. Perante múltiplos componentes da equipe é freqüentemente necessária a repetição da história a cada membro que fará avaliação. A freqüência com que isso acontece irá variar de acordo com a evolução do quadro e as queixas referidas pelo idoso, sejam estas de ordem física, psicológica ou social.

Outro aspecto que pode ser levantado é o de que a relação com a equipe é habitualmente mais superficial e mais impessoal do que a que se observa na entre profissional e paciente. Parece haver no primeiro caso, segundo Siegel[22], menor grau de dependência e maior autonomia por parte do paciente. Por outro lado, segundo o mesmo autor, doentes com distúrbio emocional ou que estão no limite dessa manifestação poderão fornecer informações diferentes a respeito de seu estado a cada profissional que o avalia, o que poderá resultar na aquisição de dados conflitantes ou mesmo confusos. Quando isso vier a acontecer, será importante a presença de um cuidador ou um outro acompanhante (de preferência uma pessoa da família que conviva com doente e que conheça as suas manifestações), que poderá portar informações mais fidedignas.

Outro aspecto relevante é o fato de que, por vezes, a observância às recomendações da equipe é precária ou mesmo inexistente, tornando difícil a tentativa de convencimento do paciente em ser um participante ativo de seu processo de tratamento, colaborando, inclusive, na tomada de decisão.

Outras vezes o problema de saúde do idoso, que pode envolver também a família, é tão complexo, que pode levar os profissionais da equipe a adotarem diferentes caminhos, acarretando manifesta fragmentação dos cuidados em lugar da desejável integração dos mesmos.

Assim como a equipe é formada por pessoas de diferentes personalidades, atitudes e valores, os idosos que buscam atendimento também têm diferentes personalidades, valores e atitudes, que se manifestam quando estão diante de um sistema de saúde, o qual podem começar a conhecer quando de seu primeiro contato com sua estrutura. É neste momento que, além do quadro de saúde que eles apresentam, tem importância fundamental o reconhecimento e a valorização de sua personalidade e da relevância de suas queixas. A não observância dessas condições pode resultar em desconfiança, não obediência às condutas sugeridas e, portanto, ineficácia do tratamento proposto. O que o paciente necessita, além de competência profissional, é seu reconhecimento como pessoa e sua integração no plano de tratamento. Acrescente-se que, se o doente tem apenas conhecimento rudimentar sobre os cuidados a que irá se submeter, cabe à equipe esclarecê-lo e ajudá-lo. É necessário que a equipe entenda que tem diante de si um ser humano que busca apoio e alívio para seu sofrimento.

Dinâmica do Atendimento

A já referida dificuldade que alguns profissionais, particularmente o médico, têm em se adaptar ao trabalho em equipe, não os exime da responsabilidade de atender o idoso dentro das normas e princípios da interprofissionalidade.

Vários motivos, inclusive os de ordem cultural, fazem com que o médico, na grande maioria das vezes, seja procurado inicialmente pelo paciente na busca de solução para seu problema de saúde. Ele, portanto, passa a ser a porta de entrada da equipe. Em verdade, não há no momento como mudar este sentimento profundamente arraigado na sociedade. O profissional, após realização do exame clínico e da requisição de exames subsidiários necessários para possível esclarecimento do diagnóstico e para início

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do tratamento, deverá solicitar a colaboração de outros componentes da equipe, para que seja possível a realização de outros diagnósticos pertinentes a cada área da gerontologia e respectivas condutas terapêuticas, procurando-se implementar a atenção global à saúde do idoso.

A dinâmica de atuação da equipe irá depender dos diversos níveis de atendimento ao doente, ou seja, poderá ocorrer em nível ambulatorial, na assistência domiciliária, na internação hospitalar ou em instituição de longa permanência e em clínicas de pronto atendimento.

Em Nível Ambulatorial

A freqüência dos atendimentos após a primeira consulta irá variar de acordo com a gravidade e a evolução do quadro clínico, devendo-se encaminhar o doente para outros profissionais da equipe quando for observada a necessidade da participação dos mesmos.

Dois aspectos são fundamentais: primeiro, o encaminhamento a outro profissional, não significa que, obrigatoriamente, não se deve manter a continuidade do tratamento prescrito pelo profissional solicitante, enquanto esta se fizer necessária; segundo, o encaminhamento da solicitação de avaliação por outro membro da equipe poderá ser feita sem a necessidade de passar obrigatoriamente pelo médico.

Quando houver necessidade de internação hospitalar ou em instituição de longa permanência, esta deverá ser obrigatoriamente feita pelo médico da equipe. Por outro lado, o encaminhamento para atendimento domiciliário poderá ser realizado pelo membro da equipe de trabalho que detectou a necessidade desse procedimento, sabendo-se que a solicitação, pelo menos em algumas instituições, estará sujeita a aprovação dos responsáveis pelo serviço de assistência domiciliária.

Na Assistência Domiciliária

O tema "Interdisciplinaridade na Assistência Domiciliária" reveste-se de grande importância a ponto de merecer um capítulo neste livro. Por esse motivo, teceremos apenas algumas considerações nesta seção.

Na assistência domiciliária lida-se com pacientes mais frágeis e dependentes nas atividades básicas (ABVDs) e instrumentais da vida diária (AIVDs) e que, em última instância, poderão ter grande dificuldade de deslocar-se para tratamento ambulatorial. A abordagem é mais complexa e abrangente que a realizada em nível ambulatorial, pois no contexto domiciliário o profissional defronta-se não só com o paciente, mas também com o cuidador e sua família.

A equipe interprofissional na assistência domiciliária pode ser formada por um número variável de profissionais na dependência da instituição mantenedora. Alguns profissionais, no entanto, são indispensáveis, como enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, odontólogo, nutricionista, assistente social, motorista e secretária.

A primeira visita domiciliária geralmente deverá ser feita por um ou dois profissionais. Os demais componentes da equipe avaliarão o doente durante a evolução de seu estado, quando forem solicitados. Quando as visitas são realizadas em duplas, acreditamos ser importante associar, sempre que possível, membros de áreas afins, tais como: médico e enfermeiro; fisioterapeuta e terapeuta ocupacional; fonoaudiólogo e nutricionista e assim por diante.

Dois aspectos são fundamentais: primeiro, elaborar um prontuário único para que todos possam se inteirar do quadro do paciente; segundo, realizar reuniões semanais de toda a equipe para dirimir dúvidas, discutir os quadros clínicos mais complexos e programar as visitas seguintes.

Na Internação Hospitalar

Em relação aos doentes internados, há necessidade de assistência mais cuidadosa e mais freqüente de toda equipe e diária dos médicos residentes, que estarão sempre assessorados pelo médico da equipe. Pelo menos uma vez por semana, a visita aos doentes internados será realizada com todos profissionais.

A integração das ações de saúde requer que a equipe tenha horários definidos de reuniões dirigidas para a discussão dos casos da assistência domiciliária, do ambulatório e de doentes internados. Essas reuniões deverão ter uma dinâmica própria, coordenada por um moderador, de preferência eleito periodicamente pelos membros da equipe, com a função de controlar o tempo de discussão e moderar eventuais discordâncias.

Atenção ao Doente Terminal

A participação ativa e interativa de profissionais de todas as áreas da saúde é essencial em pacientes idosos terminais, dado que nestes tornam-se inúteis a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tentativa de cura da doença e o investimento de alta tecnologia. Deixa-se de lado, diante da inexorabilidade do quadro, o tratamento curativo, passando-se aos cuidados paliativos.

Diferentemente do que ocorre com outros pacientes, esse doente tem com freqüência necessidade da atenção de toda equipe, inclusive de um mentor espiritual. A avaliação holística do paciente idoso, quando já se esgotaram todas as possibilidades de prolongar a vida, é tarefa fundamental de toda equipe interprofissional, que deve ser constituída por profissionais treinados e que tenham em mente a importância da qualidade de vida, mesmo quando o doente se encontra na fase terminal de sua existência. De fato, a atenção ao paciente idoso na tentativa de resolver seus múltiplos problemas exige o somatório de conhecimentos de cada área e o interesse de cada profissional que compõe a equipe.

Ressalte-se que não basta aos profissionais que compõem a equipe ter elevados conhecimentos técnicos. Com efeito, originários da mesma população da qual procederam doente e família, eles não raramente carregam consigo os mesmos mitos, os mesmos medos e a mesma atitude de negação da morte. Tendo em isso em vista, é fundamental que o profissional de saúde tenha ciência de suas limitações, pois, se não reconhecê-las e não trabalhá-las, dificilmente irá vencê-las, tornando difícil lidar com esse tipo de doente.

Outro aspecto que merece ser considerado é o fato de os profissionais, ao tomarem contato com o paciente terminal, terem diante de si uma visão de sua própria finitude, de uma possível doença terminal no futuro, de uma relação de dependência com os outros nunca antes admitida, podendo tornar precária a assistência prestada ao doente. Se estivermos inseguros com relação à maneira de enfrentar nossa própria condição emocional, não seremos capazes de transmitir a segurança e o apoio que o paciente e família precisam.

Finalmente, é fundamental que a equipe procure envolver a família e o próprio paciente como integrantes do conjunto e não simplesmente peças a serem trabalhadas. Uma interação abrangente das partes componentes poderia constituir um conjunto uno (profissional-família-doente) na busca da melhora da qualidade de vida do paciente, mesmo em fases avançadas da doença terminal.

Aspectos Éticos Peculiares

Quando se aborda o tema ética em gerontologia, o que de início nos vêm à mente são as implicações decorrentes do relacionamento entre os profissionais e destes com a equipe de trabalho interdisciplinar ou com paciente idoso. Deixa-se de lado os problemas causados pelas instituições, freqüentemente responsáveis por violações éticas que têm base no descompromisso, na má gerência do bem público e na desumanização do atendimento à população.

Azevedo dos Santos[2], ao se referir aos doentes idosos, assim se expressa: "Enfrentam também problemas de natureza ética, quando reduzidos a objetos de estudos e de experimentações sem consentimento; dispensados de atendimento por não serem opção pessoal do(s) profissional(is); transformados em caso sem solução, somente por causa da idade avançada; sujeitos a tratamento penosos e prolongados sem que saibam dos seus problemas de saúde; impossibilitados e vencidos diante do erro médico; submetidos, enfim, à violência institucional".

Achamos oportuno extrair alguns itens do conjunto de princípios éticos delineados pelo grupo de trabalho do Programa de Atenção à Saúde no Município de São Paulo:

- todo profissional deve ter uma postura de compromisso junto à equipe de trabalho e junto ao sujeito concreto que necessita de atendimento;
- todo profissional deve atender ao idoso sem fragmentá-lo, aproveitando ao máximo o potencial técnico da equipe;
- todo profissional deve valorizar e vivenciar práticas solidárias de apoio e orientação junto à sua equipe de forma a possibilitar efeitos multiplicadores no contexto da unidade de trabalho;
- todo profissional deve cultivar a força de união na equipe de trabalho, enfatizando essa prática em relação aos trabalhos individual e conjunto.

As considerações expostas colocam em evidência alguns princípios éticos que devem nortear toda equipe. Na prática diária é necessário lembrar que, no trabalho em um equipe interprofissional, cada membro assiste o idoso em paralelo com outros profissionais que compõem as diversas áreas de atenção à saúde, ou seja, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, odontólogos, farmacêuticos, psicólogos etc.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É evidente que nas decisões a serem tomadas deve-se evitar o confronto entre os componentes da equipe, o que é possível se houver o necessário entendimento entre os profissionais sobre condutas ou procedimentos, respeitando-se, obviamente, as especificidades de cada área de atuação e o princípio que rege uma equipe interprofissional que tem como meta a interdisciplinaridade. A confrontação entre os profissionais só tem justificativa ética quando a saúde do doente assim exige.

Finalmente, toda equipe interprofissional tem com o doente os mesmos deveres éticos quanto ao respeito à vida, ao sigilo etc., tendo responsabilidade solidária nos procedimentos adotados e devendo zelar pela tranqüilidade do paciente[12].

Ensino e Pesquisa

O ensino e a pesquisa em geriatria e gerontologia estão profundamente vinculados à interdisciplinaridade. Esta, segundo Martins de Sá[13], encontra-se na gênese da geriatria e da gerontologia, nos fundamentos de sua própria produção do saber e de sua ação interventora. Essa mesma autora assim se expressa: "É justamente a natureza interdisciplinar imanente a essas duas ciências que as afasta do modelo clássico de organização científica."

Se por um lado a interdisciplinaridade corresponde à maior riqueza da gerontologia e da geriatria, por outro, na prática, cria equívocos conceituais, principalmente na alocação de pesquisas pelas diversas áreas, resultando na pulverização de conhecimentos e em especializações desconexas, o que fere frontalmente a natureza científica e epistemológica dessas ciências. O julgamento do mérito acaba ocorrendo por parte de consultores que desconhecem a área gerontológica, o *corpus* teórico-metodológico próprio das ciências do envelhecimento ou, ainda, a relação entre a práxis científica e práxis social neste campo específico. Isso cria situações muito delicadas para os órgãos de fomento.

Apesar da ressalva assinalada com muita propriedade e já delineada por nós anteriormente, não há como romper o laço que existe entre a interdisciplinaridade e as ciências do envelhecimento. O crescimento da interdisciplinaridade como modelo de assistência à saúde e também de pesquisa, aquisição e transmissão de conhecimentos sobre o fenômeno do envelhecimento não acompanhou o desenvolvimento da geriatria e da gerontologia. No ensino, particularmente, a interdisciplinaridade não tem o realce que merece, tanto que a maioria das teses e de outros trabalhos científicos é realizada isoladamente, em áreas como medicina, psicologia, assistência social, enfermagem, antropologia, fisioterapia, nutrição etc., embora dentro de um contexto gerontológico.

No campo da construção do conhecimento e, mais especificamente, no ensino, os dados são mais animadores, pois constituem-se hoje da realidade de cursos de aperfeiçoamento, especialização, pós-graduação, de estágios nas diversas áreas da gerontologia, além de cursos de extensão universitária, residência médica e estágios em geriatria, entre outros.

Referências Bibliográficas

1. Almeida Filho N. Teoria epidemiológica – fundamentos, interfases e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco.
2. Azevedo dos Santos RL. Princípios éticos na prática gerontológica. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 478.
3. Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1988.
4. Fazenda ICA. Dicionário em reconstrução: interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2001.
5. Fazenda ICA. Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividadade ou ideologia? 4 ed. São Paulo: Loyola; 1996.
6. Hawk C, Buckwalter K, Byrd L, Cigelman S, Dorfman L, Ferguson K. Health professions students' perceptions of interprofessional relationships. Acad Med; 2002; 77(4): 354-357.
7. Jacob W, Sitta MC. Interdisciplinaridade. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 440.
8. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
9. Leme LEG. Abordagem interprofissional do idoso nos diversos níveis de atenção à saúde. Acta Ortop Bras; 1998; 6: 1.
10. Leme LEG. A interprofissionalidade e o contexto familiar In: Duarte YAO, Diogo MJE (eds.). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 117.
11. Leme LEG. Peculiaridades éticas em gerontologia. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 463-469.
12. Leme LEG, Portela YMC. Aspectos interdisciplinares. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 87.
13. Martins de Sá JL. Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez; 1998. p. 153-161.
14. Meirelles BHS, Erdman AL. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. Texto Contexto Enfermagem; 1999; 8(1): 149-165.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

15. Minayo MCS. A interdisciplinaridade no conhecimento e prática na saúde do idoso. "Jornadas" SBGG. Rio de Janeiro: Libbs Farm; 1994. p. 74-76.
16. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina Ribeirão Preto; 1991; 24(2): 70-77.
17. Moragas RM. Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario. Rev. Esp. Geriat y Gerontol; 1992; 27: 57-59
18. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma e formar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand; 2000.
19. Neri AL. A formação de recursos humanos em gerontologia. Papel da pós-graduação. II Encontro das Universidades. III Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso. Recife; 2000. p. 4-16
20. Nunes ED. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: Canesqui AM. Dilema e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 95-113.
21. Satin DG. The interdisciplinary, integrated approach to professional practice with aged. Satin DG (ed.). The clinical care if the aged person: an interdisciplinary perspective. Nova York: Oxford University Press; 1994. p. 391-403.
22. Siegel BS. Developing in the interdisciplinary team. In: Satin DG. The clinical care of the aged person: an interdisciplinary perspective. Oxford: Oxford University Press; 1994. p. 404.
23. Torres-Santomé J. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed; 1998.
24. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-am; 2003; 11(4): 525-531.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

12 Quarta Idade: a Nova Fronteira da Gerontologia

Célia Pereira Caldas

Introdução

Este capítulo trata de um tema que representa um desafio tanto para o campo da gerontologia quanto para as políticas de saúde e para as demais políticas públicas. Trata-se da emergência de um segmento populacional marcado por limitação funcional irreversível associada a uma idade avançada.

O número de idosos em idade muito avançada está crescendo no Brasil. Calcula-se que em 2025 o país terá aproximadamente 32 milhões de habitantes com mais de 60 anos, 8,1% desta população entre 60 e 69 anos, 5,7% com 70 anos ou mais (IBGE, 2002). Proporcionalmente, o crescimento será mais acentuado no grupo dos muito idosos (80 anos ou mais). A questão que se coloca em foco é o fato de que, como em outros países em desenvolvimento, ainda não existe no Brasil qualquer estrutura de suporte ao idoso frágil com idade muito avançada. À medida que as pessoas envelhecem vão se tornando mais frágeis. Essa fragilidade é particularmente problemática quando leva à incapacidade, e os sistemas de saúde e previdenciário não satisfazem às necessidades do cidadão idoso.

A perspectiva teórica desse capítulo é a existência de uma "quarta idade" — idosos cuja incapacidade funcional chegou ao limite da possibilidade de reversão. De acordo com Rosa e col.[19], a incapacidade funcional se define pela presença de dificuldade no desempenho de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

Leibing[14] afirma que o envelhecimento tornou-se parte de um estilo de vida. Uma categoria que sintetiza esse estilo é a chamada "terceira idade". Em resumo, esta pode ser descrita como um movimento baseado no revigoramento das pessoas idosas por meio da luta contra estereótipos, preconceitos e por melhores condições de vida. Esses novos valores associados à terceira idade têm sido promovidos como uma reação às imagens de idosos dependentes e carentes de cuidados. Leibing[14] aponta que tais imagens são a representação da "quarta idade".

Uma vertente da literatura gerontológica utiliza o termo "quarta idade" para denominar o idoso "muito idoso", ou seja, com mais de 80 anos. A referida autora não utiliza o termo "quarta idade" nesse sentido, mas como uma contracategoria para "terceira idade". Para ela, terceira e quarta idades são interdependentes e têm limites maleáveis. Ao se colocar dessa maneira, Leibing[14] está trabalhando com o consenso contemporâneo sobre a quarta idade cujo expoente é Laslett[13], um filósofo que propôs os chamados "princípios de Laslett" que estabelecem que a quarta idade é caracterizada pelas seguintes condições: dependência, fragilidade e consciência de proximidade da morte.

Concordando com Leibing[14] e adotando os princípios de Laslett[13], neste capítulo vamos adotar a vertente da literatura gerontológica que sustenta que a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"quarta idade" é caracterizada pela chegada irreversível ao limite biológico da capacidade funcional. Nesse sentido, não se pode defini-la pela idade cronológica: ela pode ter início a qualquer momento entre a chamada "meia-idade" e a velhice avançada. Referir-se ao grupo de pessoas com "idade muito avançada", ou seja, com mais de 80 anos, pode ser aceitável como uma categoria de faixa etária, mas a idade avançada nem sempre significa limitação funcional. Portanto, não se deve associar a idade cronológica ao conceito de quarta idade.

Tendo em perspectiva essa abordagem teórica, neste capítulo serão apresentados os seguintes tópicos: o surgimento da uma "quarta idade, o ajuste à idade avançada, a dependência e a idade avançada e a experiência de viver uma idade muito avançada. Como considerações finais, são apresentadas as implicações da emergência desse grupo populacional para a prática gerontológica.

O Surgimento de uma "Quarta Idade"

Vários estudos convergem para a tendência a admitir o surgimento de uma quarta idade[3,13,17,23]. A argumentação para a sua existência assume que a velhice avançada é um estado de funcionamento no qual as condições prevalentes são qualitativamente distintas das fases anteriores da vida. A otimização do funcionamento daí em diante é mais e mais prioritária. Baltes e Smith[4] argumentam que isso é conseqüência direta de uma arquitetura biológico-cultural "incompleta".

Integrando as perspectivas evolucionárias biológicas e culturais, Baltes e Smith apontam que os benefícios da seleção evolucionária diminuem com a idade: nos seres humanos, a pressão da seleção evolucionária opera principalmente durante a primeira metade da vida, para assegurar a capacidade reprodutiva. Além disso, inicialmente na história da espécie, poucos seres humanos chegavam à velhice. Como conseqüência, se comparado aos dos mais jovens, o genoma humano "moderno" nos grupos idosos contém um grande número de gens deletérios e expressões genéticas disfuncionais. Uma ilustração concreta desse enfraquecimento dos benefícios da seleção evolucionária na idade avançada é a existência de doenças típicas dessa faixa etária, como a doença de Alzheimer.

Por outro lado, há um aumento da necessidade (demanda) pela cultura, que aumenta com a idade. Nesse contexto, cultura refere-se ao conjunto dos recursos que os humanos têm gerado e transmitido ao longo de gerações: psicológicos, materiais e simbólicos. Os fatores biológico-genéticos sozinhos não asseguram a expressão ótima do desenvolvimento humano. A ontogênese humana atingiu seus altos graus de funcionamento e a longevidade tem sido um efeito do incremento evolucionário que ocorre como conseqüência da disseminação da cultura.

A idéia de co-evolução biológica e cultural é ilustrada pelas mudanças na expectativa média de vida nos países industrializados durante o século XX. De acordo com o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU[24], a expectativa de vida ao nascer em todo mundo passou de 47 anos em 1950-1955 a 65 anos em 2000-2005, e espera-se que continue subindo para alcançar 75 anos em 2045-2050. Nas regiões mais desenvolvidas, o aumento projetado é de 76 anos de hoje para 82 anos até o meio do século XXI. Entre os países menos desenvolvidos, nos quais a expectativa de vida ao nascer, hoje, é de 51 anos, é esperado que seja de 67 anos em 2045-2050. Esse aumento deve-se muito mais às inovações tecnológicas e econômicas durante esse período do que a mudanças genéticas na população.

Outro aspecto que justifica o aumento da demanda pela cultura, à medida que as pessoas envelhecem, é a dinâmica que liga biologia e cultura à capacidade de adaptação. Ou seja, com o aumento da idade, os indivíduos aumentam sua necessidade por suporte ambiental para manter o mesmo volume de atividades que antes realizavam de modo autônomo.

À medida que as pessoas se tornam mais idosas, no entanto, a cultura já não lhes consegue fornecer suporte suficiente para suprir suas necessidades: quanto mais velho o indivíduo, mais tempo, prática e esforço ele tem de despender para atingir os níveis de desempenho e capacidade de aprendizado demonstrados em idade mais jovens. Além disso, mesmo com intensivo treinamento, já não é possível que os muito idosos atinjam os mesmos níveis de resposta da memória, por exemplo.

O plano arquitetônico da ontogênese humana é essencialmente incompleto porque resulta da co-evolução da biologia e da cultura, que não terminou. Também porque o envelhecimento é um fenômeno relativamente recente — não houve tempo e oportunidades suficientes para o desenvolvimento de uma arquitetura plena e otimizada para as fases avançadas da vida na evolução biológica e cultural.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Devido a essa situação de relativa imprevisibilidade no trabalho de avaliar o *status* funcional na idade avançada, tem surgido uma área fascinante de pesquisa: a investigação do que é possível em termos de crescimento positivo e manutenção de altos níveis de funcionamento até a idade muito avançada, se as condições culturais forem otimizadas e novos recursos forem introduzidos, incluindo recursos que modelem as expressões genéticas.

Ainda segundo Baltes e Smith[4], tantos argumentos não podem ser utilizados para sugerir que o envelhecimento humano signifique apenas declínio. Até seria, se somente os fatores biológicos condicionassem o curso do envelhecimento. O fato de a cultura ter grande influência, embora com um nível reduzido de eficácia, abre para a possibilidade de continuidade do crescimento, de maneira seletiva. Mais do que isso, a capacidade da espécie humana de evoluir culturalmente lhe dá o poder de superar as restrições impostas pelas condições biológico-genéticas. Portanto, superar as limitações próprias do processo normal do envelhecimento é parte do trabalho a ser desenvolvido pela gerontologia no futuro.

Em 1996 foi publicada uma pesquisa sobre idosos muito idosos realizada no Estudo de Berlim[15]. Os achados desse estudo serão utilizados para ilustrar aspectos deste capítulo. O estudo foi realizado com uma amostra heterogênea de 516 homens e mulheres com idades entre 70 e 100 anos ou mais. Esse foi um estudo cujo arcabouço teórico envolveu as disciplinas de sociologia, medicina geriátrica, psiquiatria e psicologia.

Baltes e Smith[4] relatam que os resultados das pesquisas realizadas no estudo de Berlim indicam que os mecanismos fluidos da inteligência declinam a partir da meia-idade (o *hardware* do cérebro humano). Os mecanismos cristalizados pragmáticos, entendidos como os "softwares", baseados na cultura e na experiência, não apresentam declínio na idade adulta. O declínio nessas habilidades cristalizadas só começa em torno dos 60 e 70 anos.

Embora os achados sugiram uma apreciável heterogeneidade em nível individual e algumas diferenças nos gradientes de idade por categorias de habilidades, as evidências apontam que em idade muito avançada as limitações biológicas associadas acontecem mais tardiamente. Outro achado revelado pelo estudo de Berlim é o fato de que as variações na inteligência encontradas no grupo puderam ser atribuídas a déficits na visão, na audição e no equilíbrio sensório-motor.

Outro grupo de resultados que examinam o papel dos fatores biológicos na idade muito avançada em relação ao funcionamento intelectual aponta que os fatores biológicos são preditores mais poderosos que a história de vida sociocultural. Por outro lado, em idade muito avançada, o papel compensador da cultura e dos recursos baseados na cultura tornam-se menos eficientes. Os fatores biológico-genéticos ganham em poder preditivo à medida que a idade avança.

Para Baltes e Smith[4], a quarta idade é a forma mais radical das limitações biológica e cultural. Isso ocorre porque, devido à progressiva perda da competência da arquitetura à medida que a velhice avançada é alcançada, o processo de co-evolução dos fatores biológico-genéticos e culturais é cada vez mais difícil de se atingir. Na visão dos autores, os idosos jovens e os idosos muito idosos são grupos distintos. Entender a natureza da quarta idade é a mais nova fronteira para o futuro da pesquisa e teoria em envelhecimento.

Em relação à terceira idade, ou seja, o grupo de idosos que mantém a sua capacidade funcional, as forças culturais e sociais nos países industrializados têm sido capazes de compensar muita das dificuldades inerentes ao avanço da idade para a maioria dos indivíduos. No entanto, para os muito idosos, esse acréscimo de número de anos à vida vem com crescente perda de capacidade e diminuição da qualidade de vida.

Crimmis, Hayward e Saito[8] sugerem que a proporção de anos de disfuncionalidade (inatividade do tempo de vida remanescente) é de 20% para as pessoas de 70 anos, enquanto aos 90 chega a 60% dos seus anos remanescentes representando um tempo disfuncional e inativo.

Até o momento, a pesquisa gerontológica não oferece evidências claras sobre a questão da qualidade do funcionamento em idade muito avançada, assim como das forças e processos contrários. Baltes e Smith[4] apontam que o estudo de Berlim mostra que, talvez devido à proximidade da morte, os muito idosos encontram-se em risco maior para a disfuncionalidade que os idosos jovens. Esse padrão de aumento do risco e disfuncionalidade na quarta idade também pode ser notado quando o foco está sobre as medidas psicológicas, como a inteligência, o *self*, a personalidade e o comportamento social.

No que tange à psicologia, a idade muito avançada parece ser uma situação de grandes desafios e um período caracterizado por estresse crônico ou sobrecarga de demandas, em que a capacidade adaptativa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e a resistência são imprescindíveis. Para Baltes e Smith[4], os estudos sugerem que a quarta idade representa um tipo de "teste dos limites" para a resistência que é conseqüência direta da radical limitação da arquitetura biológico-cultural do curso da vida. Devido à robustez dessa limitação, parece que estender o desenvolvimento humano positivo a idades cada vez mais avançadas será cada vez mais difícil. Para que isso se dê, será necessário um esforço colaborativo transdisciplinar engajado em remediar tal limitação.

O Ajuste à Idade Avançada

Em seu clássico texto sobre a psicologia do envelhecimento, no qual aborda a velhice como uma contrapartida do desenvolvimento, Birren[5] aponta as características que determinam o comportamento na idade adulta: longevidade, produtividade, capacidade de adaptação, significado atribuído pelo indivíduo à sua vida e capacidade cognitiva. O mesmo autor define envelhecimento como a transformação do organismo humano após a idade da maturidade física — que é a idade reprodutiva ótima. Após esse ponto, a possibilidade de sobrevivência decresce progressivamente e há transformações na aparência, no comportamento e nos papéis sociais.

O envelhecimento é determinado pela herança genética, pelas variações ambientais e pela cultura. A cultura é a base de interação entre as características de nossa espécie com o conhecimento e as atitudes adotadas socialmente.

Birren[5] acrescenta que alguns cientistas acreditam que o envelhecimento está além da explicação evolucionária, representando um conjunto amplo de processos independentes. Outros crêem que a longevidade é resultado da evolução, pois nas sociedades pré-literatas as chances de sobrevivência aumentavam quando havia líderes idosos. Além disso, com a evolução surgiu a pliotropia, que é a capacidade que alguns gens têm de mudar sua ação na idade avançada. Isso representaria um ajuste evolutivo na espécie humana.

A teoria do envelhecimento como evolução (transformação de forças) assume que o organismo é ativo, orientado por metas e faz escolhas de comportamento em interação com as situações de acordo com o estado do indivíduo e sua consciência do momento da interação. Parece óbvio que o genoma funcionasse como se tivesse um propósito. Ele programaria os organismos para crescerem e se tornarem efetivos na auto-regulação. No entanto, as capacidades biológicas de auto-regulação não são suficientes para a sobrevivência. Por outro lado, nossas capacidades para a auto-regulação social são necessárias, mas também não são suficientes. É então que consideramos as estratégias que são geradas pelo indivíduo, por sua própria consciência e sabedoria, entrando na discussão do domínio significativo do sistema nervoso executivo e seu papel no envelhecimento. Decisões tomadas pelo indivíduo podem influenciar a expansão do tempo de vida e podem superar os princípios da auto-regulação biológica e social.

Todos os organismos têm equipamentos para facilitar sua sobrevivência, como pode ser observado na evolução nos seres humanos em sua capacidade de aprender com a experiência e de gerar novas estratégias de sobrevivência a partir da acumulação de informação e energia. A humanidade parece também ter desenvolvido a capacidade de criar metaestratégias para expandir a informação. O termo "sabedoria" sugere que indivíduos podem maximizar os resultados dos complexos relacionamentos e podem contribuir para um estado de maior organização concorrente com o aumento da entropia biológica.

Isso significa que o indivíduo sábio pode ter relativa independência em sua capacidade de gerar informação, o que pode proporcionar ampla variação na capacidade biológica de auto-regulação. É muito difícil derivar uma visão funcional da idade avançada, pois alguns processos de auto-regulação podem declinar, outros podem permanecer os mesmos e alguns podem melhorar. A humanidade tem grande capacidade de adaptação às circunstâncias ambientais e aos eventos. Essa capacidade envolve uma adaptabilidade estratégica.

Adotando uma aproximação fenomenológica para a sabedoria, Montgomery, Barbeiro e Mckee[16] concluíram que os elementos essenciais da vivência da sabedoria são: a capacidade de orientar outras pessoas, o conhecimento, a experiência, os princípios morais, o tempo e a capacidade de estabelecer relacionamentos compassivos.

Birren[5] acrescenta que um idoso pode apresentar uma capacidade restrita de adaptabilidade ao ambiente, devido à diminuição da capacidade de auto-regulação biológica e também pelo fato de o indivíduo pode ter tido uma rede de suporte reduzida nos anos da juventude. Mesmo assim, esse indivíduo pode continuar a superar tais limitações através de estratégias efetivas. E aí é introduzido o conceito de sabedoria, que é a qualidade de um indivíduo que,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tendo em conta suas limitações físicas e sociais, apresenta um extraordinário controle sobre as circunstâncias, o que amplia a sua capacidade de auto-regulação além de seus próprios limites anteriores. Esse fato está subjacente à frustração dos cientistas empíricos, que tentam extrair de estudos experimentais predições sobre a competência de um indivíduo que na vida cotidiana está expandindo a eficácia de sua capacidade de auto-regulação, mesmo com a diminuição de seus recursos internos e externos. Portanto, o conceito de sabedoria, assim compreendido, estaria condicionando o processo do envelhecimento, determinando que seja bem sucedido ou não.

Dentro da perspectiva do Curso da Vida, a literatura está repleta de textos que tratam do envelhecimento bem-sucedido. Esse conceito tornou-se conhecido desde que Rowe e Kahn[20], em sua obra *Successful Aging*, referiram-se ao envelhecimento "normal" ou "envelhecimento bem-sucedido". Para os autores, o conceito de envelhecimento bem-sucedido envolve baixo risco de doenças e de incapacidade, funcionamentos físico e mental excelentes e envolvimento ativo com a vida, e depende da capacidade de adaptação a mudanças físicas, emocionais e sociais. Essa capacidade é o resultado da estrutura psicológica e de condições sociais construídas ao longo da vida.

Para um envelhecimento bem-sucedido, é necessário que haja a substituição simbólica das inexoráveis perdas por ganhos em outras dimensões; o atendimento às necessidades sociais (boas condições de vida e oportunidades sócio-culturais) e a renovação dos projetos de vida.

Muitos estudos enfatizam que a chave está na capacidade de sintonia e no equilíbrio das reações aos eventos da vida, observados na flexibilidade no ajuste das metas, nas estratégias individuais de controle, na administração da vida diária e na capacidade de mobilização dos mecanismos de seleção, compensação e otimização de recursos biológicos e culturais. Outras pesquisas destacam como pontos críticos no processo de adaptação ao envelhecimento as capacidades de planejar e se antecipar, de estabelecer metas, de construir possibilidades futuras e de desenvolver novos papéis. Herzog e Markus[10] sugerem que a perspectiva teórica do sistema do *self* pode trazer uma nova organização e uma compreensão mais abrangente a esses processos de adaptação.

A maneira como as pessoas pensam sobre si próprias é uma chave para as adaptações saudáveis e o ajuste à vida. Os domínios e as dimensões que definem o *self* são a base da seletividade, determinando em que devem ser investidos tempo e energia, em que pontos devem ser aumentados a eficácia e o controle (ou a falta deste), o que vai ser planejado, o que será compensado, o que será descontado ou ignorado e até como ampliar os significados e a estrutura.

Segundo os autores, o *self* pode ser definido como um sistema de estruturas interpretativas multifacetado e dinâmico que regula e media o comportamento. Esse sistema do *self* engloba representações e rotinas cognitivas, afetivas e somáticas. Num senso geral, trata-se da forma característica que um indivíduo tem de ser uma pessoa no mundo. A experiência de tornar-se velho, de tornar-se habilidoso ou educado, do divórcio, da mudança de emprego ou da aposentadoria, de os filhos saírem de casa, de retornarem à casa, da viuvez, de tornar-se careca, gordo ou de perder a saúde depende em grande parte do arcabouço fornecido pelo *self* para dar significado a esses eventos.

Influenciado pelo ambiente cultural e social e, por outro lado, criando seu próprio ambiente presente, futuro e passado, o *self* é intimamente envolvido na negociação do curso da vida. O *self* revela a fotografia da vida antecipadamente e os ajustes feitos para o que já foi vivido. Como o sistema do *self* está ligado ao comportamento e ao bem-estar, Herzog e Markus[10] o sugerem como um foco para a pesquisa sobre envelhecimento e adaptação.

É através do comportamento que o *self* se manifesta, se expressa e se mantém. De uma perspectiva de curso da vida, as pessoas refinam seus padrões de atividades à medida que ganham experiência com comportamentos, estratégias e tarefas e harmonizam seu sistema do *self* para conseguir continuidade e satisfação. Na meia-idade é alcançada uma relativa estabilidade: a ocupação e os papéis conjugais e familiares já foram escolhidos, outros foram abolidos. Estratégias para suas aquisições foram estabelecidas. A chegada da velhice geralmente implica em novos desafios para esse equilíbrio: há a perda dos parceiros sociais com a aposentadoria, a doença e a morte rompem padrões bem estabelecidos de integração social. A perda da saúde reduz competências em várias atividades.

Schaie e Willis[21] acrescentam que os idosos usam certas defesas contra a ansiedade e a incerteza que são particularmente apropriadas a suas circunstâncias de vida. Entre elas estão a atividade e a precaução. A atividade tem o objetivo de manter a mente ocupada

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

para evitar que se pense em problemas. Essas atividades, porém, necessitam ter significado; atividades só para ocupar o tempo não são suficientes. Já a precaução é a tendência que os idosos têm de correr menos risco. Eles parecem ser mais motivados pelo desejo de não errar do que de acertar. Em conseqüência, muitos estudos comparando a capacidade de jovens com a de idosos, mostram um declínio maior do que o que realmente existe – eles preferem não responder certas questões do que responder errado.

Um *self* multifacetado deve por si só ter facilidade de adaptação e assim lidar bem com um ambiente complexo. Ou seja, um *self* complexo e multifacetado está relacionado com o bem-estar. Múltiplas identidades de papéis são importantes para sustentar o bem-estar na idade adulta: quanto mais papéis os indivíduos ocupam, melhor sua saúde mental.

Herzog e Markus[10] concluem que, quando o Ciclo de Vida é longo e existe estabilidade ambiental (o que é freqüente para as pessoas na segunda metade da vida), os sistemas do *self* na velhice apresentam-se tipicamente estáveis em conteúdo e bem sintonizados quanto ao seu funcionamento. No entanto, os autores sugerem que é possível a ocorrência de mudanças no sistema do *self* e que tais mudanças se manifestam de muitas formas. Primeiro, para conseguir manter uma estabilidade geral na sua autopercepção, a maioria das pessoas passa por consideráveis mudanças em detalhes do seu autoconceito. Segundo, mudanças no sistema do *self* ocorrem devido às mudanças na situação pessoal ou social da pessoa que envelhece. Terceiro, as mudanças podem ser iniciadas pelo *self* segundo uma trajetória planejada ou ativamente buscada.

Mudando ou não, os autores propõe que o sistema do *self* nos dá uma perspectiva de como o indivíduo, no processo de envelhecimento, negocia o curso da vida gerando um senso de continuidade e de bem-estar.

Quanto à personalidade, Schaie e Willis[21] afirmam que os padrões médios do desenvolvimento da personalidade apresentam continuidade notável apesar das inúmeras mudanças na personalidade individual que ocorrem ao longo da vida. Os autores concluem que, quanto às perspectivas de mudanças e continuidade na personalidade adulta, as evidências da pesquisa sugerem que poucas tendências aumentam ou diminuem com a idade. Na verdade, algumas pessoas tendem a perceber que mudaram muito mais do que de fato o fizeram.

Afirmar que há poucas mudanças gerais no desenvolvimento da personalidade na idade adulta não significa dizer que mudanças na personalidade são impossíveis. Quando as mudanças ocorrem, se dão em diferentes aspectos em cada pessoa e a idade por si só não é um fator determinante. As experiências de vida influenciam a personalidade. A morte de uma pessoa amada, o aumento da responsabilidade em relação aos outros, uma conversão religiosa, o vício de drogas, problemas médicos, psicoterapia — tudo isso pode transformar a personalidade de uma pessoa significativamente. Essas experiências, porém, não são vividas por todos ou no mesmo estágio da vida. Psicólogos as chamam de “eventos não normativos”.

Eventos normais ou normativos, como a aposentadoria, por exemplo, ocorrem aproximadamente na mesma idade para todo trabalhador. Os eventos normativos, além de influenciar a personalidade, são marcos nítidos de mudança. Os eventos não normativos também resultam em mudança, mas são restritos a quem os experimenta, não se estendem a todos em uma mesma idade. Os eventos normativos e não-normativos também podem ter efeitos no autoconceito. A estabilidade ou a variação do autoconceito pode ser uma função dos eventos ambientais que ocorrem ao longo da vida.

Assim como os eventos podem influenciar o autoconceito, este também pode gerar estresse nas experiências das pessoas. Por exemplo, aqueles cujos autoconceitos refletem tendências neuróticas tendem a ter mais problemas conjugais, menor satisfação no trabalho e outros problemas. Ou seja, parece que as pessoas que têm autoconceitos mais bem ajustados tendem a atingir melhores situações de vida objetivamente e subjetivamente, o que, por sua vez, melhora seu autoconceito. Parece também que certos tipos de autoconceito predispõem ao bem-estar, independentemente dos eventos da vida. O autoconceito que o indivíduo adquire na infância pode influenciar eventos objetivos e subjetivos no futuro, e esses eventos contribuem para a estabilidade ou a variação futura do autoconceito. Portanto, à medida que envelhecem, as pessoas experimentam uma grande variedade de eventos não-normativos que as transformam em diferentes aspectos. Em termos gerais, porém, há pouca mudança.

Quanto à natureza da personalidade adulta, Schaie e Willis[21] apontam que, embora as mudanças de personalidade na idade adulta sejam difíceis de mensurar,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

desenhar experimentalmente e interpretar, é possível ter uma idéia da natureza da personalidade adulta.

- Há grandes mudanças na personalidade que são devidas basicamente a diferenças entre gerações. Uma pessoa nascida em 1900 cresce em circunstâncias diferentes de alguém nascido em 1950. Essas diferenças determinam certas características de personalidade.
- A personalidade adulta, uma vez formada, parece ser notavelmente estável. A personalidade adulta é uma organização altamente complexa. Cada indivíduo tem seu modo peculiar de ser. Como qualquer sistema organizado, a personalidade adulta resiste à mudança. A mudança em um aspecto requer a mudança ou realinhamento nas outras partes interligadas.

Em relação à auto-estima, Schaie e Willis[21] indicam que descobertas de vários estudos mostram que tal sentimento nas pessoas de meia-idade e nos idosos é semelhante ou supera o dos sujeitos mais jovens. Tal achado, porém, pode ser simplesmente um efeito coorte: entrevistados idosos tiveram mais oportunidades para desenvolver altos níveis de auto-estima ao longo de suas vidas do que as coortes mais jovens. Uma explicação mais plausível é a de que os resultados refletem mudanças na maturação. Apesar das perdas e dificuldades que freqüentemente acompanham a velhice, parece que as pessoas podem manter e até aumentar seu nível de auto-estima à medida que envelhecem. E pessoas com mais auto-estima apresentam maior longevidade. A alta auto-estima é um fator protetor, aumentando a resistência da pessoa ao estresse e contribuindo para a saúde física.

Outra fonte de estabilidade na personalidade adulta é a tendência a escolher ambientes que estejam de acordo com a personalidade do indivíduo e evitar aqueles ambientes que demandem mudanças.

O potencial para mudança na personalidade é um fato da vida. O ser humano é caracterizado por sua capacidade de adaptar-se, ajustar-se a condições cambiantes. O animal humano é um animal aprendiz. Quando o ambiente apresenta "dilemas de aprendizado" na forma de situações que requerem reajustes as pessoas mudam, às vezes radicalmente.

O animal humano é caracterizado pela excepcional adaptabilidade e seu potencial para transformação é significativo, especialmente se ocorrem mudanças não esperadas no ambiente (eventos não-normativos). Essa adaptabilidade a circunstâncias cambiantes é amplamente demonstrada pelas tão divergentes "personalidades médias", formadas por coortes que crescem em diferentes eras sociais.

Dependência e Idade Avançada

A palavra *dependência* evoca um conceito fundamental na prática geriátrica: *fragilidade*. Hazzard e col.[9] definem fragilidade como a vulnerabilidade que o indivíduo apresenta em relação ao ambiente. Essa condição pode ser encontrada em pessoas muito idosas ou em indivíduos mais jovens que apresentem uma combinação de doenças e limitações funcionais que reduzam sua capacidade de lidar com o estresse causado por doenças, hospitalização ou outras situações de risco.

É importante destacar que, embora a maioria dessas pessoas não apresente doença orgânica ou mudança nos parâmetros fisiológicos em repouso, os indivíduos muito idosos podem apresentar deterioração sob circunstâncias causadoras de estresse orgânico. Portanto, muitos idosos que vivem independentemente na comunidade podem tornar-se dependentes quando institucionalizados por causa de uma pneumonia, por exemplo.

A dependência é expressa pela ajuda indispensável para a realização das atividades básicas da vida diária. Não só a incapacidade conduz à dependência, mas a soma da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente; é um processo dinâmico que pode evoluir, pode modificar-se e pode ser prevenido ou reduzido com ambiente e cuidado adequados.

A mudança demográfica mais importante que influenciará o aumento do uso de serviços de saúde pública é o crescimento rápido da população com mais de 80 anos. Tal faixa etária geralmente apresenta uma carga grande de doenças crônicas e limitações funcionais.

De acordo com Hazzard e col.[9], os efeitos de idade avançada são bastante significativos e podem estar associados a algumas condições, como as que causam dependência, muito comuns entre idosos: a demência, fraturas de quadril, acidentes vasculares cerebrais, doenças reumáticas e comprometimento da visão. Tudo isso reduze a capacidade de superar os desafios ambientais.

Baltes[1] desenvolveu uma teoria muito útil para compreender o processo de ajuste à vida na idade muito avançada. Trata-se do Modelo da Dependência Apren-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dida. Nesse modelo, o autor postula que a dependência não é uma característica natural na idade avançada; ela reflete as condições do sistema micro-social proximal no qual a pessoa idosa habita. Muitas interações comportamentais entre os idosos e seu ambiente social são caracterizadas por um padrão estável que reforça o comportamento de dependência e ignora o comportamento independente. Esse padrão de dependência-suporte e independência-ignorância, descreve um mundo social no qual os comportamentos dependentes funcionam para assegurar os contatos sociais. A dependência aprendida é, então, um meio ou instrumento para controlar aspectos específicos do ambiente social.

Desse modo, a dependência não é um resultado automático do declínio do envelhecimento biológico, da doença ou da incapacidade, mas, em grande parte, é resultado das condições sociais. Com base em suas pesquisas, o autor aponta que os comportamentos dependentes ou independentes em idosos são expressões de contingências sociais: eles costumam receber incentivo para a dependência e negligência ou até punição pela independência. Conseqüentemente, é o comportamento dependente que serve para conseguir resultados desejados, como a atenção e o contato social.

Em um mundo socialmente restrito, essas contingências têm um poder especial. Não é o idoso que as escolhe, é o ambiente que as determina. Logo, a dependência na velhice representa tanto ganho, quanto perda. Devido ao fato de o ambiente social considerar a dependência na velhice algo esperado, adequado e aceitável, a conseqüência é um ambiente que tende a superproteger os indivíduos idosos enquanto negligencia suas forças e reservas.

Resumindo, o autor demonstra que a dependência pode ser resultado de um processo de aprendizado e que esse processo é funcional e adaptativo quanto à meta que é a manutenção e a otimização do contato social e para evitar a solidão. Deve ser enfatizado que: a dependência significa um controle passivo; o reforço à dependência leva necessariamente o idoso a não utilizar as habilidades que possui e, com isso, leva-o a um possível aceleramento do declínio no envelhecimento devido ao desuso; enquanto estratégia de compensação, a dependência é ditada pelo ambiente, ou seja, não é deliberadamente escolhida pelo idoso. Os comportamentos dependentes representam uma reação adaptativa às forças e regras do ambiente para assegurar os contatos sociais. Portanto, a dependência pode ter muitas etiologias e não deve ser automaticamente relacionada à incompetência. Ao contrário, algumas vezes ela é necessária ao envelhecimento bem-sucedido, como uma estratégia de ajuste.

A Experiência de Viver uma Idade Muito Avançada

Carstensen[7] apresenta a teoria da Seletividade Socioemocional, na qual demonstra a excepcional capacidade da pessoa que envelhece para se ajustar ao seu ambiente social. Essa teoria foi inicialmente formulada para explicar o comprovado decréscimo da interação social que vai aumentando progressivamente na velhice. A redução das redes sociais e da participação social dos idosos reflete, em parte, uma redistribuição de recursos motivada pelo próprio idoso. As pessoas não reagem simplesmente aos contextos sociais; elas administram ativamente seus mundos sociais. Com a perspectiva de Curso da Vida, esta teoria também adota o pressuposto de que a adaptação é limitada pelo tempo e pelo espaço e que cada estágio de vida de uma pessoa gera um importante contexto ao qual ela precisa se adaptar.

O tempo percebido tem um papel crítico nesse contexto. Quando o tempo percebido é relativamente ilimitado, as metas de longo prazo são almejadas, o que envolve tipicamente a exploração do mundo e a aquisição de novas informações. Ao contrário, quando o tempo percebido é limitado, a constelação de metas é reorganizada de forma que metas de curto prazo assumam maior importância que as metas de longo prazo, como a aquisição de informação, por exemplo.

Essas formulações teóricas surgiram a partir de achados de pesquisas experimentais que os autores realizaram. Os estudos mostram que adultos mais velhos preferem parceiros familiares e emocionalmente significativos, enquanto os jovens não. Presumivelmente isso ocorre porque os idosos percebem o tempo como limitado. Por outro lado, a proximidade da morte, independentemente da idade, está associada a uma tendência crescente de pensar em parceiros sociais em termos de seu potencial para a gratificação emocional, e não de seu valor informacional.

Teoricamente, a redução no tamanho da rede social reflete a diminuição do desejo de contato com parceiros que não ofereçam recompensas emocionais. Tanto pesquisas longitudinais quanto transversais apoiam essa hipótese. Idosos que reduzem seu contato com parceiros periféricos e mantém contato com parcei-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ros emocionalmente significativos parecem ter mais vantagens em termos de bem-estar psicológico.

Reker e Wong[18] abordam o significado pessoal e a perspectiva de tempo. Eles afirmam que a orientação temporal é afetada por valores, tanto os compartilhados quanto os individuais. No âmbito social, por exemplo, em sociedades que valorizam o culto aos ancestrais o passado tem valor primordial. Nas sociedades cuja sobrevivência depende da caça, existe um profundo senso do presente. A sociedade ocidental, com sua ênfase no lucro, na seguridade e em poupança econômica, é dominada por um senso de futuro.

No âmbito individual, a percepção da continuidade do passado, do presente e do futuro fornece um senso de si que é estável ao longo do tempo. Um indivíduo que percebe o futuro como uma continuação do presente e do passado tem um alto grau de integração temporal. Esse indivíduo pode ser descrito como "temporalmente competente". Para um indivíduo idoso, o passado tem um importante papel no ajuste ao presente, assim como ao futuro : "o presente e o futuro de uma pessoa dependem da revisão e da avaliação de seu passado." Reminiscência, compromisso e otimismo fornecem um constante fluxo de significado que sustenta e vivifica a existência, que sem isso seria mundana e até dolorosa. O grau de contribuição dessas três fontes varia de acordo com o estágio do ciclo vital da pessoa.

À medida que o indivíduo envelhece, a tarefa do desenvolvimento é dirigida para integrar e transcender as experiências de vida. A integração torna-se um processo de produção de significado. A hipótese dos autores é que o sistema de significado pessoal de um indivíduo torna-se progressivamente mais integrado em função da idade.

Estudos qualitativos tanto em áreas rurais, quanto urbanas de vários países demonstram que os adultos com mais de 85 anos apontam que uma velhice satisfatória envolve: manter-se ativos fisicamente, a mobilidade, estarem engajados em relacionamentos significativos e terem um motivo pessoal para viver a cada dia. Por outro lado, é difícil alcançar uma velhice satisfatória caso os desafios físicos restrinjam suas atividades e relacionamentos.

A partir de pesquisa realizada em área rural no meio-oeste americano, Hinck[11] demonstra que uma condição freqüentemente apontada pelos idosos para uma velhice satisfatória é poder permanecer em suas próprias casas. Por isso é tão importante a implementação de serviços que ajudem as pessoas mais velhas a manter-se independentes e autônomas na comunidade. Permanecendo em suas casa elas mantém as suas referências, pois continuam conectados às pessoas e à sua história pessoal. A autora também aponta que, mesmo morando só, a maioria dos idosos na comunidade não se sentia isolada. Eles aceitam permanecer curto período com a família para recuperar-se de alguma doença, mas preferem retornar à sua casa assim que possível.

Na pesquisa, todos os idosos conviviam com pelo menos uma doença crônica e alguns acreditavam que dor, fadiga ou doença seriam esperadas na velhice. Normalmente, seus recursos para se manterem saudáveis envolviam atividades que eles poderiam executar independentemente, como parte de vida cotidiana, como caminhar e manter uma dieta balanceada. Eles procuravam evitar atividades que lhes exigiriam buscar ajuda fora. Por tentativa e erro, ao longo do tempo, aprenderam a prestar atenção e entender o significado de sintomas como dor, dispnéia ou fadiga. Quando tais sintomas são severos o bastante para limitar suas atividades, eles buscam ajuda. A autora conclui então que entender os significados da experiência de saúde e de doença oferece uma pista de como e por que os idosos tomam decisões para buscar (ou não buscar) ajuda, o que eles esperam dos provedores de serviços de saúde e como eles ajustam as orientações profissionais e tratamentos prescritos a seu próprio estilo de vida.

Estudando a experiência de envelhecer em adultos de 40 a 80 anos em Seul (Coréia), Shin, Kim e Kim[22] identificaram cinco aspectos principais: a mudança corporal, a existência de uma espiral descendente da perspectiva de vida, sentimento de nostalgia, esperança e a necessidade de buscar harmonia como sustentação para a vida. Quanto mais velhos, mais os sul-coreanos sentiam-se responsáveis pelos filhos e tentavam levar uma vida honesta e respeitável. Portanto, suas vidas são tradicionalmente orientadas por valores familiares.

Estudando a visão das pessoas mais velhas sobre o futuro, foram encontrados os seguintes temas: o futuro visto como a vida cotidiana, o futuro orientando valores e pensamentos sobre vida e morte. As pessoas mais idosas tendem a ver o futuro de um modo que varia entre uma aproximação positiva, do tipo "esperar para ver", e uma aproximação negativa. A percepção de futuro dos idosos pesquisados apontou para duas pers-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pectivas de tempo diferentes: um futuro imediato e um futuro em longo prazo. Além disso, o futuro era vivenciado em três níveis: o individual, o intergeracional e o metafísico.

Pesquisando estratégias de ajuste à vida em idade muito avançada através de pesquisa qualitativa realizada no Rio de Janeiro, Caldas[6] encontrou cinco categorias da experiência de envelhecer: pessoas auto-realizadas, que vivem a velhice como a melhor fase de suas vidas; pessoas que vivem um envelhecimento maduro, que o consideram uma fase como qualquer outra em suas vidas; pessoas que vão se adaptando à vida tendo a fé religiosa como estratégia de ajuste; pessoas que tornam-se dependentes para ajustar-se; e pessoas que simplesmente não se ajustam ao envelhecimento e se desesperam. A pesquisa demonstrou grande heterogeneidade dentro do grupo de idosos em idade muito avançada (85-88 anos). Alguns fatores foram observados como elementos fundamentais para o ajuste entre os participantes: o vínculo familiar, a manutenção de responsabilidades na família e o papel da fé religiosa no processo de envelhecimento. Embora esses achados se configurem em aspectos característicos da cultura brasileira, podem ser considerados um indicativo para futuras investigações acerca do tema "ajuste à idade avançada".

Considerações Finais e Implicações da Emergência desse Grupo Populacional para a Prática Gerontológica

Em nossa sociedade, um grande número de indivíduos já está vivendo 20 ou 30 anos após a aposentadoria. Medidas devem ser tomadas para fornecer um senso de significado ao envelhecimento, ou os recursos pessoais de nossos idosos serão perdidos para a sociedade.

Reker e Wong[18] destacam que nossa sociedade continua a enxergar os idosos como improdutivos recipientes de sua benevolência e meros produtos de forças históricas. As políticas públicas devem ser direcionadas para otimizar o funcionamento daqueles idosos que vivem no limite da incapacidade funcional, mas ainda plenos de possibilidades de desenvolvimento pessoal (fontes de significado). As políticas públicas precisam guiar os significados individuais para um coletivo e, assim, gerar a renovação dos significados sociais.

Este capítulo procurou demonstrar que, embora vivendo próximos a seu limite biológico, os idosos em idade muito avançada podem e devem manter-se conectados à vida e ainda contribuir para a sociedade com sua experiência de vida. Muitos estudos demonstram que pessoas muito idosas mantêm sua capacidade de utilizar a criatividade para manter seus padrões de vida e realizar atividades prazerosas com algumas adaptações.

Muitos idosos na quarta idade demonstram que é possível buscar significado na vida, ainda que vivendo com incapacidade funcional e sabendo que o futuro é restrito. A chave é a valorização da experiência pessoal dessas pessoas, sendo possível aprender com eles que o que atribui valor à vida são os significados que cada um constrói. A valorização dessa dimensão é o que lhes preserva a liberdade de ser, mesmo em idade muito avançada e mesmo precisando conviver com a incapacidade funcional.

Por outro lado, embora apresentem limitações funcionais sérias, os idosos na quarta idade não são tão frágeis se considerada sua capacidade de adaptação à vida. Para chegarem a uma idade tão avançada lhes foi necessário, ao longo da vida, desenvolver estratégias poderosas para lidar com as limitações que, afinal, não surgiram de um dia para o outro.

Manter, incentivar, apoiar e restaurar a independência dos idosos é um tema central em gerontologia. Na literatura gerontológica, o termo autonomia é utilizado para significar controle, capacidade de decidir sobre a sua própria vida e liberdade de não ser controlado por outros. Autonomia inclui a capacidade de fazer julgamentos e de agir. Ora, compreender e respeitar a capacidade de autodeterminação do idoso, ainda que portador de incapacidade irreversível, é a única maneira de ajudá-lo a manter sua independência e sua autonomia .

Compreender o significado de ser um indivíduo muito idoso, vivendo no limite da sua capacidade funcional, ou seja, na quarta idade, é a base para o desenvolvimento de intervenções profissionais para ajudar a estas pessoas a permanecer independentes e autônomas no sentido de se autodeterminar até o final da vida.

Referências Bibliográficas

1. Baltes MM. Dependncy in old age: gains and losses. Current Directions in Psychol Science; 1995; 4: 14.
2. Baltes MM, Carstensen LL. Social-psychological theories and their applications to ageing: from individual to collective. In: Bengston VL, Schaie KW (eds.). Handbook of Theories of Aging. Nova York: Springer Publishing Co; 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogenesis: selection optimization, and compensation as foundation of developmental theory. Amer Psychologist;1997; 52: 366.
4. Baltes PB, Smith J. Multilevel and sistemic analysis of old age: Theoretical and empirical evidence for a Fourth Age. In: Bengston VL, Schaie KW (eds.). Handbook of theoretical of aging. Nova York: Springer Publishing Co; 1999.
5. Birren JE. A contribution of the theory of the psychology of aging: as a counterpart of development. In: Birren JE, Bengston VL (eds.). Emergent theories of aging. Nova York: Springer Publishing Co; 1988.
6. Caldas CP, Berterö C. Living as a an oldest old in Rio de Janeiro; the lived experience told (artigo submetido).
7. Carstensen LL. Selectivity theory: social activity in life-span context. Annual Rev of Gerontol Geriatr; 1991; 11: 195.
8. Crimmis EM, Hayward MD, Saito Y. Differentials in active life expectancy in the older population of United States. J. Gerontol.: Social Sciences; 1996; 51B: s111.
9. Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 5 ed. Nova York: McGraw-Hill; 2003.
10. Herzog AR, Markus HR. The self-concept in life-span and aging research. In: Bengston VL, Schaie KW (eds.). Handbook of theories of aging. Nova York: Springer Publishing Co; 1999.
11. Hinck S. The lived experience of oldest-old rural adults. Qualitative health research; 2004; 14: 779
12. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000 (Census 2000) Disponível em http//www.ibge.gov.br/censo/ (acessado em 31/10/2005).
13. Lasllet P. A fresh map of life; the emergence of the third age. Cambridge: Havard University Press; 1991.
14. Leibing A. The old lady from Ipanema: changing notions of old age in Brazil. J. Aging Studies; 2005: 19: 15.
15. Mayer KU, Baltes PB. (eds.) Die berliner alterstudies. Berlin: Akademic Verlag; 1996.
16. Montgomey A, Barber C, McHee P. A phenomenological study of wisdom in later life. Int J Aging Hum Dev; 2002; 54(2): 139
17. Myers GC, Juster FT, Suzman RM. Introduction: assess and health dynamics among the oldest old (AHEAD) J Gerontol; 1997; 52B: v-vii
18. Reker GT, Wong PTP. Aging as an individual process: toward a theory of personal meaning. In: Birren JE, Bengston V (eds.). Emergent theories of aging. Nova York: Springer Publishing Co; 1988.
19. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO et al. Determinant factors of functional status among the elderly. Rev Saúde Publ; 2003; 37: 40.
20. Rowe JW, Kahn RL. Sucessful aging. Nova York: Del Trade Paperback; 1999.
21. Schaie KW, Willis SL. Adult development an aging. 5 ed. NovaYork: Harper Collins; 2001.
22. Shin KR, Kim MY, Kim YH. On the lived experience of aging. Nursing and Health Sciences; 2003; 5 (4): 245.
23. Suzman RM, Willis DP, Manton KG. The oldest old. Nova York : Oxford University Press; 1992.
24. United Nations. Department of Economic and Social Affairs; Population Division. World Population Prospects: The 2004 Revision. ESA/P/Wp. 193. Fev 2005.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parte II

Aspectos Sociais, Legais e Antropológicos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

13 Estatuto do Idoso

Jurilza Maria Barros de Mendonça

Introdução

O Estatuto do Idoso foi uma grande conquista para os idosos, um exemplo de cidadania e organização por parte da Confederação dos Aposentados e Pensionistas — COBAP. A Confederação solicitou apoio ao Deputado Paulo Paim, e ele apresentou o Projeto de Lei nº 3561, de 1997, que por sete anos tramitou no Congresso Nacional.

Por ato da Presidência da Câmara dos Deputados, foi instituída uma Comissão Especial, em 24 de maio de 2000, com o objetivo de apreciar e proferir parecer sobre o Projeto de Lei e aos demais que foram apensados. Para maior discussão do Projeto de Lei foram realizados quatro seminários regionais e dois nacionais com organizações governamentais e não-governamentais atuantes nas áreas de geriatria e gerontologia e com a sociedade civil organizada. A redação final foi proposta no dia 29 de agosto de 2001, na Comissão Especial. O projeto foi aprovado, por unanimidade, pelos parlamentares presentes.

A Comissão de Direitos Humanos e a 3ª Secretaria da Câmara Federal promoveram, no dia 22 de novembro de 2001, um seminário com o fito de buscar apoio dos parlamentares para aprovação do Estatuto do Idoso, para que este fosse encaminhado, imediatamente, ao plenário. A aprovação do estatuto atenderia a uma reivindicação da sociedade civil organizada em benefício da população idosa. Infelizmente, o presidente da Câmara, que era esperado no evento, não compareceu e o projeto ficou parado até que houvesse vontade política do governo, que sancionou a Lei nº 10.741 em 1 de outubro de 2003, passando ela a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2004.

Considera-se a aprovação do Estatuto uma grande conquista da sociedade. A Lei consolidou direitos já assegurados na Constituição Federal, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Política Nacional do Idoso e no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e concretizou instrumentos legais capazes de coibir a violação desses direitos.

Constam no Estatuto 118 artigos destinados a regular os direitos assegurados às pessoas com 60 anos ou mais. A lei dispõe sobre os direitos fundamentais e de cidadania, que dizem respeito à saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, convivência familiar e comunitária, profissionalização, cultura, esporte e lazer, previdência e assistência sociais, assistência judiciária, medidas específicas de proteção aos idosos de um modo geral e, principalmente, aos institucionalizados. Constam também, na legislação, as exigências de atendimento adequado nas instituições de longa permanência. Aqueles que maltratarem os idosos, conforme a lei, serão punidos pelos seus atos.

Os referidos direitos foram estruturados da seguinte maneira no Estatuto:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- *disposições preliminares*: dispõem sobre a garantia dos direitos do idoso e as obrigações da família, da sociedade e do poder público;
- *direitos fundamentais*: os direitos fundamentais estão contidos na Constituição Federal, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Plano Internacional para o Envelhecimento e agora reafirmados no Estatuto do Idoso.

Destacam-se os tópicos a seguir entre os direitos fundamentais.

- A *liberdade*, o *respeito* e a *dignidade*.
- *Alimentos*: caso o idoso ou sua família não possuam condições de prover seu sustento, o poder público deverá assumir esse provimento no âmbito da assistência social.
- *Saúde*: assegurada a atenção integral ao idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo ao idoso ações para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.
- *Educação, cultura, esporte, lazer* e *turismo*: o idoso deverá ter acesso a esses direitos, com a observância peculiar da idade.
- *Profissionalização* e *trabalho*: o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, sendo vedada a discriminação em relação a sua idade. Outro aspecto abordado foi a importância da preparação para a aposentadoria.
- *Previdência social*: a lei reconhece a aposentadoria como um direito do trabalhador em conformidade com os dispositivos constitucionais.
- *Assistência social*: a assistência social ao idoso será prestada em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social e a Política Nacional do Idoso. Destaca-se, neste capítulo, a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos idosos com idade a partir de 65 anos de idade, não sendo computado para fins de cálculo de renda o BPC concedido a outro membro da família.
- *Habitação*: o idoso tem direito à moradia digna, seja no seio da família ou em instituição.
- *Transporte*: a gratuidade dos transportes coletivos urbanos e semi-urbanos aos maiores de 65 anos, com a qual os idosos já vinham sendo beneficiados por se tratar de um direito constitucional. No que se refere aos transportes coletivos interestaduais, os idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos serão beneficiados.

O Estatuto do Idoso abrange as diversas áreas, porém, serão destacadas aqui somente as que integram a Seguridade Social, ou seja, Previdência, Saúde e Assistência, além de Transportes e Conselhos de Direito.

Previdência Social

No capítulo VII do Estatuto do Idoso, os artigos 29 ao 32 versam sobre a Previdência Social. Dentre essas normas, destaca-se a data base para os reajustes das aposentadorias e pensões, guardados critérios de cálculos que preservam o valor real dos salários. Observamos conforme mostrado a seguir algumas conquistas no que diz respeito à Previdência Social.

A manutenção, no longo prazo, do valor real das pensões e aposentadorias foi fragilizada pelo aumento do desemprego, pela degradação da relação ativos e inativos e pelo aumento do número de aposentados. As discussões e reformas do sistema previdenciário continuam em debate no Congresso Nacional. Já aconteceram, nos últimos anos, duas reformas que, porém, não foram suficientes para sanar as dificuldades financeiras dessa faixa etária, sendo necessária uma nova reforma estrutural ante à recente realidade demográfica, social e econômica do país.

O Sistema Previdenciário no Brasil vem enfrentando sérias dificuldades. A razão de contribuinte/beneficiário caiu drasticamente: no ano de 1940, havia 31 contribuintes para cada beneficiário; no início da década de 1980, a proporção era 2,9 para 1 e, hoje, há menos de dois contribuintes na ativa para cada beneficiário[17].

Com o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, a Previdência Social busca alternativas para equilibrar seu déficit e garantir aposentadoria digna aos contribuintes. Essa questão é difícil de solucionar dado o ambiente econômico, político e social do país, as desigualdades sociais e os acordos políticos. Em relação a esse tema o idoso só é visto como um peso e não como um cidadão que contribuiu e que deve ter seus direitos assegurados.

As políticas previdenciárias não podem ser consideradas em separado, já que fazem parte de um cenário amplo que envolve questões como a elevação das taxas de crescimento, o controle da inflação e das taxas de juros, o controle das dívidas dos setores público e privado, o aumento do nível de escolaridade da população, o incremento das taxas de emprego, a melhoria na distribuição de renda, a ampliação do setor formal da economia etc.[17]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As perspectivas do envelhecimento populacional inquietam todos os governantes, dados os impactos com gastos sociais, uma vez que os idosos estão menos providos de assistência. Os governos têm de enfrentar situações em matéria de políticas para o idosos, derivadas das perspectivas sociodemográficas.

Saúde

No contexto atual, não há mais como esperar a adequação do sistema de saúde para atender às necessidades dos idosos. Deve-se perseguir a eficácia e a racionalidade para o financiamento das ações, buscar critérios com mais rigor para melhor eleger os serviços prestados, otimizar e aplicar os recursos de forma adequada, estruturar a rede de serviços, a organização dos idosos e os serviços voluntários.

No Estatuto do Idoso, o capítulo do direito à saúde mostra grandes avanços, dentre os quais o de maior impacto para a sociedade: a proibição da discriminação dos idosos nos planos de saúde que, vinham cobrando preços abusivos dessa parcela da população.

A maioria das medidas do Estatuto no âmbito da saúde já estavam contidas na Constituição Federal de 1988. O SUS, apesar dos avanços no atendimento descentralizado e participativo, não está ao alcance de toda a população idosa que, muitas vezes, não consegue acesso ao atendimento.

Faltam recursos humanos habilitados para o trato com o idoso, geriatras e gerontólogos são poucos no país e, assim, percebe-se a necessidade de capacitação de profissionais na área da saúde. É também necessário maior investimento na prevenção de doenças e na promoção da saúde. A concessão de medicamentos de uso contínuo deve se dar de forma adequada para que haja fala nos Postos de Saúde.

As reclamações são constantes em relação ao descaso no atendimento às pessoas idosas na área da saúde com relação a: filas de espera, falta de medicamentos e de profissionais habilitados para o trato com o segmento.

O SUS é uma política de Estado desenvolvida de forma descentralizada por intermédio dos estados e municípios; seus princípios são excelentes, porém, faltam mecanismos para que essa política pública seja realmente eficaz.

O envelhecimento bem-sucedido pode estar ao alcance de um grande número de pessoas quando há investimento na prevenção e na intervenção para promoção da saúde, evitando-se seqüelas incapacitantes.

Uma das estratégias para a proteção da saúde é reforçar os sistemas de apoio social oferecidos pelas famílias, por amigos, grupos de auto-ajuda e redes sociais, devendo ser considerada a importância do conhecimento sobre essas formas de suporte em cada região do país.

O Estado deve ter papel preponderante na promoção, na proteção e na recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, visando a otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a esse segmento populacional.

Uma forma de assegurar um atendimento digno à população idosa passa pela estruturação da rede de serviços dos estados e municípios; pela implementação do atendimento em hospital dia; pela ampliação dos centros de referência do idoso; pela capacitação dos cuidadores familiares, das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), dos Centros de Saúde; assim como pela ampliação do atendimento domiciliário.

Desde 1999, existe uma Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1395), na qual é apresentada a estruturação da rede de serviços de apoio à pessoa idosa, porém, faltam mecanismos e vontade política para efetivá-la.

Assistência Social

No âmbito da assistência social, a grande conquista foi o disposto no Artigo 34 do Estatuto do Idoso, que concede a pessoas de 65 anos ou mais o benefício mensal de um salário mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esse direito consta da LOAS, porém, a Medida Provisória nº 1599-38, de 11 de novembro de 1997, fixa a idade para direito ao BPC em 67 anos. Outras medidas foram editadas em função da idade, como as de nº 1599-42, de 5 de março de 1998, e nº 1599-50, de 22 de outubro de 1998 e não se transformaram em lei. A lei nº 9720, de 30 de novembro de 1998, que alterou artigos da LOAS, suprimiu a menção à idade não citando o artigo 38, portanto, foram mantidos os 67 anos. O Estatuto do Idoso, entretanto, se sobrepõe à legislação anterior, valendo o que seu texto reza ou disciplina.

Outra conquista assegurada no Estatuto do Idoso é a de que, para fins de cálculo da renda *per capta* mínima que dá direito a receber o benefício, não se computa a sua concessão a outro membro da família.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esse comando vem sendo aplicado atualmente e cerca de um milhão de pessoas são beneficiadas com um salário mínimo mensal.

Ainda no capítulo da assistência social, a participação de até 70% da renda do idoso para a instituição prestadora de serviços é um exemplo de exercício da cidadania.

As famílias, na maioria das vezes, não sabem lidar com estas situações ou não têm condições financeiras de arcar com as despesas do idoso. Outras, porém, optam por institucionalizá-lo em instituições de longa permanência.

A Política Nacional do Idoso instituiu modalidades de atendimento ao idoso: centros de convivência, atendimento domiciliário, casa lar, centro dia e formas alternativas de atendimento. Tanto na Política Nacional do Idoso como no Estatuto do Idoso destaca-se o atendimento ao idoso junto à família, em detrimento do atendimento asilar.

No Brasil, a rede de serviços de atenção ao idoso ainda não está estruturada. Por ocasião dos seminários, fóruns, encontros para discutir o tema, sempre vem à tona a necessidade de se criar e implementar serviços como centros dia e atendimento domiciliário e de se melhorar as condições dos centros de convivência, serviços esses que são definidos conforme a seguir.

- *Centro de convivência*: é o espaço destinado à visitação dos idosos e de seus familiares, onde são desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, a convivência social, a cidadania e a integração intergeracional (MPAS, 2000).
- *Atendimento domiciliário*: é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança (MPAS, 2000).
- *Casa lar*: é uma alternativa de atendimento que proporciona uma melhor convivência do idoso com a comunidade, contribuindo para sua maior participação, interação e autonomia (MPAS, 2000).
- *Centro dia*: caracteriza-se por ser um espaço para atender a idosos que possuam limitações para realização das atividades de vida diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém, não dispõem de atendimento de tempo integral no domicilio (MPAS, 2000).
- *Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI)/Atendimento Integral Institucional*: são aqueles prestados em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas para este segmento social (MPAS, 2000).

Com o aumento da população idosa, há uma grande demanda pela estruturação da rede de serviços de modo a assegurar a manutenção dos idosos na família, estimulando sua autonomia e melhor qualidade de vida.

A mudança no perfil das famílias, com o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas não transmissíveis, porém, vem crescendo a demanda por instituições de longa permanência para idosos. Hoje, em torno de 0,8% (IPEA, 2005) dos idosos estão institucionalizados; esse número, entretanto, é uma estimativa, pois até o presente momento não se tem dados concretos. Pesquisas já estão sendo realizadas pelo IPEA para que se tenha os números sobre as ILPIs.

A institucionalização dos idosos é um serviço muito oneroso e cada vez exige-se mais das instituições no sentido de proporcionarem serviços adequados às necessidades do idoso com equipes interdisciplinares, estrutura física adequada e recursos humanos capacitados.

A maioria das instituições de longa permanência, no Brasil, são filantrópicas e prestam atendimento de caráter caritativo, ou seja, cama e comida, sem infraestrutura adequada e sem pessoal habilitado para cuidar da pessoa idosa.

Dada a grande demanda, estão surgindo serviços, em maioria inadequados e muitos deles clandestinos, estruturados com pessoas despreparadas para tratar e cuidar dos idosos.

O Estatuto do Idoso, no capítulo da fiscalização das entidades de atendimento, dispõe sobre mecanismos para autuar as instituições que não prestarem serviços dentro dos padrões exigidos pela lei — este capítulo representa um dos avanços mais significativos em relação ao atendimento institucional.

A estruturação da rede de proteção e defesa da pessoa idosa é imprescindível e urgente; os idosos não têm tempo para esperar. Hoje, há no país cerca de 17.6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (PNAD, 2004). Legislações, há bastante, mas faltam mecanismos para implementá-las.

No âmbito da assistência social, é insignificante o atendimento domiciliário nos centros dia e na casa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lar. O mais amplo atendimento vem sendo realizado nos centros de convivência, que precisam ser modernizados em sua metodologia de trabalho; não há acompanhamento sistemático nem avaliação desses serviços; os idosos precisam ser orientados sobre o modo como defender seus direitos, e não apenas ter acesso ao lazer.

Transportes

Nesse ponto, o Estatuto do Idoso é auto-aplicável, exceto pelo Artigo 40, que diz respeito à concessão de passagens interestaduais às pessoas com 60 anos ou mais, com renda de até dois salários mínimos, e ao desconto mínimo de 50% no valor das passagens que excedam as vagas gratuitas, para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos. Como a lei entrou em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004, houve muita procura nas agências de transportes rodoviários pelo passe livre a que os idosos têm direito, porém as empresas se negaram a conceder as passagens, sob o fundamento de que o Artigo 40 ainda não havia sido regulamentado. A irresignação dos idosos foi geral, havendo muita pressão por parte da sociedade para o cumprimento da lei.

O Decreto nº 5.130, que regulamenta o Artigo 40, foi publicado no dia 7 de julho de 2004 e, posteriormente, foram também editados o Decreto nº 5.155, de 23 de julho de 2004, e a Resolução nº 653 e 654, de 27 de julho de 2004 pela Agência Nacional de Transporte Terrestres — ANTT, que dispõe sobre procedimentos a serem observados na aplicação do Estatuto do Idoso no âmbito do serviço de transporte rodoviário e ferroviário interestaduais de passageiros e outras providências.

A Associação Brasileira das Empresas de Transportes Terrestres de Passageiros (ABRATI), com 110 empresas do setor associadas, entrou com um pedido de liminar junto ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região para não pagar as multas instituídas pela ANTT pelo não cumprimento da lei, uma vez que essas multas variam de R$ 764.36 a R$ 2.293,08. O governo, por intermédio da ANTT, entrou com recurso junto ao Tribunal Regional Federal (TRF) e a liminar foi suspensa. Com a decisão, a partir do dia 6 de agosto de 2004 todas as empresas tiveram de oferecer passagens gratuitas ou com desconto para os maiores de 60 anos.

Infelizmente, a suspensão da liminar durou pouco. O Desembargador Federal Jirair Aram Megueriam suspendeu a decisão anterior, restabelecendo a liminar concedida pelo juízo da 14ª Vara Federal do Distrito Federal, justificando no processo nº 2004.01.008316-0, que não se estabeleceram regras administrativas para comprovação da renda máxima dos passageiros.

No dia 11 de setembro, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que as empresas de transporte interestadual não são obrigadas a reservar vagas gratuitas para idosos carentes**.**

"Nossas relações econômicas se regem pelas regras do sistema capitalista, na economia de mercado, não sendo lícito ao Estado, em nome de uma obrigação que é sua, confiscar vagas em ônibus ou em qualquer outro meio de transporte, sem a correspondente contrapartida indenizatória", diz no despacho o Ministro Edson Vidigal, Presidente do STJ".

Como visto, as dificuldade para implementação desse artigo têm se mostrado intransponíveis. A sociedade ainda tem muito que lutar para conseguir seus direitos. Há vontade política por parte do governo, mas infelizmente há falta de responsabilidade social por parte das empresas prestadoras de serviço.

Destacam-se entre as prioridades do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) buscar medidas para que a questão atinente a esse artigo seja resolvida. Já participaram de reuniões representantes da ANTT, em oportunidade na qual informaram que, segundo informações das empresas, o que causa o desequilíbrio econômico são os descontos de 50%. Também participaram de reunião no CNDI o presidente e o superintendente da ABRATI, que disseram ter interesse em resolver essa questão, deste que haja fonte de *custeio*.

Sanções Decorrentes da Violação dos Direitos dos Idosos

O Estatuto do Idoso é uma legislação que complementa as demais normas relativas a punições às pessoas que desrespeitarem e violarem os direitos do idoso. No capítulo que dispõe sobre a Política de Atendimento ao Idoso, destacam-se, dentre as linhas de ação, fiscalização, infração administrativa, apuração administrativa de infração às normas de proteção ao idoso e da apuração judicial de irregularidades em entidades de atendimento.

As entidades vinham cometendo atitudes arbitrárias, como o confisco dos cartões magnéticos bancários dos idosos e, assim, de toda sua renda. Com as

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

penalidades contidas no Estatuto do Idoso, tais entidades serão autuadas pelos órgãos competentes e, dependendo do caso, serão até fechadas e seus dirigentes, punidos.

A sociedade e o idoso precisam denunciar, não devem ter medo nem permitir que seus direitos sejam violados. A Constituição de 1988, no artigo 230, é clara: "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida." Está bem evidente que todos nós temos o direito de viver dignamente; o direito à vida é um direito humano fundamental e constitucional.

O Estatuto do idoso é um instrumento de inclusão da cidadania que reconhece o idoso como sujeito de direito e como seu maior protagonista. Representa o idoso visto como sujeito, e não como objeto. A exemplo do que consta no Artigo 2º do Estatuto do Idoso, "o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade".

O êxito de qualquer política para a população de idosos está relacionado com o conceito de velhice adotado. Programas orientados por idéias fragmentadas ou segregacionistas, que trabalham com aspectos pontuais do envelhecimento e da velhice, estão destinados ao fracasso. Se for concebido em sua totalidade com uma visão holística o programa irá reconhecer, ao mesmo tempo, o peso de determinadas dimensões frente às demais. Localizar essas "dimensões privilegiadas" não é tarefa difícil, basta tornar audível a voz dos próprios idosos. Devolver àqueles que participaram ativamente da construção de nossa riqueza material, social, cultural e espiritual a parte que lhes cabe é permitir que vivam com dignidade.

Conselhos

Com a Constituição Federal de 1988, foi iniciado um processo de construção democrática das políticas públicas, destacando-se dentre elas a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/73), a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03).

De acordo com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, está prevista a criação e atuação dos Conselhos dos Direitos do Idoso nos âmbitos nacional, estadual, distrital e municipal como órgão colegiado e paritário. Os conselhos foram instituídos como órgão de controle democrático para acompanhar o desenvolvimento dessas políticas; são, em maioria, deliberativos e paritários, ou seja, deles participam representantes do governo e da sociedade civil, que deliberam sobre suas respectivas políticas.

Os conselhos são órgãos que deliberam, porém não executam. Apesar de serem paritários, muitas vezes ocorre a co-relação de forças entre as partes. São também espaços de discussões democráticas onde são deliberadas as propostas a serem encaminhadas aos órgãos competentes para execução, influenciando, assim, as políticas públicas.

Esses órgãos são mecanismos de concretização dos ideais democráticos demandados pelos movimentos sociais. Como exemplo, temos o Artigo 40 do Estatuto, que precisa ser efetivado, e, por falta de responsabilidade social das empresas de transportes terrestres, não está sendo aplicado; e a discussão e elaboração da Política para Instituições de Longa Permanência para Idosos. Tais discussões vêm sendo travadas no âmbito do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso desde 2004, até o presente momento, entretanto, não houve um consenso entre os órgãos federais em relação à política das ILPIs. Em relação ao Artigo 40, a luta não está sendo fácil por envolver empresas privadas.

Como espaços políticos menos burocráticos, os conselhos permitem a discussão da participação, da articulação e da ação entre governo e sociedade, visando a beneficiar a coletividade. O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso tem avançado muito nesse processo desde o momento que passou a ser um órgão deliberativo. É importante que haja articulação dos conselhos com os órgãos que têm poderes para autuar, tais como Promotorias Públicas, Defensorias e Vigilância Sanitária.

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), por pressão da sociedade e como um dos itens contidos no II Programa Nacional de Direitos Humanos, foi instituído por intermédio do Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002, como um Conselho somente consultivo e sem paridade. Em 27 de junho de 2002, foi assinado o Decreto nº 4.287, conferindo paridade ao Conselho.

Houve um processo eleitoral para que os órgãos da sociedade civil se fizessem representar no CNDI,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tendo sido empossados, em 7 de setembro de 2002, os conselheiros eleitos. Somente em dezembro do mesmo ano foi eleita a presidência do órgão, representado pela Confederação Nacional dos Bispos do Brasil. O conselho foi constituído por dez representantes do governo e dez da sociedade civil. O mandato dessa gestão foi encerrado no dia 3 de setembro de 2004.

A partir de outubro de 2004, assumiu a nova gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, já com caráter deliberativo, de acordo com o Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, e com 14 representantes da sociedade civil e 14 do governo.

Houve o processo eleitoral e assumiram como presidente o representante da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e como vice o presidente da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa do Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID).

Hoje, no Brasil, existem 25 Conselhos Estaduais e o do Distrito Federal. Apenas os Estados do Amapá e Roraima não têm conselhos de idosos, mas os responsáveis locais pela política estadual do idoso já estão trabalhando nesse sentido.

Em alguns estados, foram designados como presidentes do Conselho os gestores da política de assistência social local, processo que não tem obtido sucesso, visto que o conselho é um colegiado de controle democrático e o seu presidente deve ser eleito, e não designado

Os conselheiros também precisam ser orientados com relação a seu papel e o do Conselho; a maioria dos conselheiros participa das reuniões, mas não desenvolve ações em benefício dos idosos — agem apenas como representantes do órgão ao qual são vinculados. Há também grande rotatividade de conselheiros governamentais. Para ocupar a função e defender a causa do idoso, é preciso envolvimento e conhecimento.

Dentre as deliberações do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, destaca-se a realização da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, organizada a cada três anos.

Algumas Considerações

O Estatuto do Idoso é um mecanismo legal em benefício da pessoa idosa, foi uma conquista que veio da base, dos movimentos sociais, além de ter sido amplamente discutido com organizações governamentais e não-governamentais. A lei, porém, só terá efetividade se os idosos, como protagonistas, a sociedade e o governo, juntos, lutarem pela sua implementação. Para isso, é importante que todos acompanhem a proposta orçamentária a ser votada nas três esferas de governo e verifiquem os recursos destinados à implementação das políticas públicas destinadas à pessoa idosa. A aprovação do Estatuto do Idoso não significa que tudo esteja resolvido: a organização dos idosos nesse processo é de fundamental importância para a conquista de seus direitos.

Muito embora as leis aprovadas signifiquem, indiscutivelmente, muitas contribuições no que se refere às políticas sociais de inclusão da pessoa idosa e ao atendimento às suas necessidades, não há estabelecimento de prioridades para implementação do atendimento aos direitos fundamentais do idoso. Espera-se que as deliberações da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa sejam um grande passo para a estruturação de uma rede de serviços e para a conquista dos direitos da pessoa idosa.

Bibliografia

1. Abreu Filho H (org.). Comentários sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
2. Barbalet JM. A cidadania. Lisboa: Estampa; 1989.
3. Barroso CTB (org.). O idoso no direito positivo brasileiro: legislação federal, estadual (Minas Gerais) e municipal (Belo Horizonte) – período de abrangência: 1917/2000. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos; 2001. p. 376.
4. Brasil. Agência Nacional de Transportes Terrestres. Resolução nº 653, de 27 de julho de 2004.
5. Brasil. Agência Nacional de Transportes Terrestres. Resolução nº 654, de 27 de julho de 2004.
6. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003, 1988. Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004.
7. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003, 1988. Decreto Federal nº 5.130, de 07 de julho de 2004 (Transporte).
8. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003, 1988. Decreto Federal nº 5.155, de 23 de julho de 2004 (Transporte).
9. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003, 1988. Decreto nº 5.227, de 13 de maio de 2002.
10. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003, 1988. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).
11. Camarano AA (org.). Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e acompanhamento de políticas. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
12. Camarano AA (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. IPEA: Rio de Janeiro; 1999.

13. Camarano AA (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
14. Mendonça JM. Direitos humanos e pessoa idosa: a efetividade do Estatuto do Idoso sob a ótica dos conselhos. Dissertação de mestrado em Gerontologia. Orientador: Vicente de Paula Faleiros. Brasília: Universidade Católica; 2005.
15. Mendonça JM. Evaluación del plan integral de acción gubernamental para el desarrollo de política nacional de lãs personas mayores. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social. Tutor: Raphael Pineda. Facultad de Psicologia. Madri; Universidad Autonoma de Madrid; 2000.
16. Nações Unidas (org.). Plano de ação internacional sobre o envelhecimento. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.
17. Oliveira FEB et al. O idoso e a Previdência Social. In: Camarano AA (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
18. Ramos PRB. Fundamentos Constitucionais do direito à velhice. 1 ed. Florianópolis: Livraria e Editora Obra Jurídica; 2002.
19. Totora S, Chaia V. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a região metropolitana de São Paulo. In: Santos Júnior OA, Ribeiro LCQ, Azevedo S (orgs.). Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan; 2004.
20. Totora S, Chaia V. Conselhos municipais: descentralização, participação e limites institucionais. In: Grupo de Pesquisa PRONEX. Cadernos Metrópole. nº 1. São Paulo: EDUC; 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

14 Aspectos Socioeconômicos do Envelhecimento

Sueli Erasma Gaspar Jardim

Introdução

Estudos e projeções não deixam mais dúvidas sobre o avanço na longevidade humana, o que altera consideravelmente o quadro demográfico mundial. Os principais fatores que determinaram o crescimento da população idosa no mundo foram as quedas em três taxas importantes: natalidade, fecundidade e de mortalidade da população global. Os adventos dos métodos contraceptivos, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o maior acesso à educação e à informação determinaram a queda do número de nascimentos, que passou a serplanejado e controlado. O progresso e a urbanização das grandes cidades proporcionaram um salto qualitativo no nível de vida do homem, por meio da melhoria dos serviços de saneamento básico, da elevação do padrão nutricional e da melhoria das condições de trabalho e moradia. A esses fenômenos somam-se importantes e progressivas conquistas nas áreas da medicina, da saúde pública e da farmacologia, que reduziram drasticamente o número de mortes.

Outro aspecto de considerável importância é o envelhecimento dos *baby boomers*, ou seja, o grande número de nascidos nos países desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial. As estatísticas mostram que a explosão da natalidade nas décadas de 1940 e 1950 deverá gerar, por volta do ano 2025, 1,1 bilhão de indivíduos com mais de 65 anos.

Esse crescimento da população idosa ocorreu inicialmente nos países desenvolvidos, como Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos e outros. Nos países em desenvolvimento, como Brasil, China e Indonésia, entre outros, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente. Ele ocorreu após a década de 1950 e não deriva necessariamente de conquistas nos planos social e econômico; deve-se, principalmente, aos avanços da medicina e ao progresso das ciências naturais e biomédicas (vacinas, antibióticos e equipamento mais eficientes). Tais conquistas foram transferidas dos países ricos para os pobres, o que possibilitou a prevenção e mesmo a cura de certas enfermidades que, até um passado recente, provocavam a morte em idade precoce. Evidência disso é o fato de que, no Brasil, em "1950 a mortalidade infantil cai de 144 por 1000 nascimentos para 118; já na década de 1980, a taxa de mortalidade infantil recua para 47 óbitos por mil nascidos vivos" (IBGE). Diante desse cenário, conclui-se que os recursos científicos e tecnológicos colocados à disposição da população tornaram mais eficazes as medidas de proteção à saúde, contribuindo assim para uma sobrevida maior das pessoas.

Ressalta-se, portanto, que a queda acentuada nas taxas de natalidade e mortalidade, a melhoria expressiva de serviços de saneamento básico, o avanço tecnológico da medicina, além do movimento migratório, são os principais fatores responsáveis pela grande mudança no perfil demográfico brasileiro.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O Brasil está atualmente entre os dez países de maior população idosa do mundo. As previsões estatísticas indicam ainda, que em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar nessa classificação com cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade.

Isso certamente implicará em alterações drásticas na sociedade, especialmente "nas áreas da saúde, previdência social, equipamentos urbanos e no mercado de trabalho e afetará profundamente a vida de cada cidadão, tanto na perspectiva individual, como familiar"[8]. A expansão da população idosa é efetiva e isto é, segundo Nogueira Martins, suficiente para revelar a dimensão demográfica, social e econômica do problema da velhice entre nós. O problema é ainda mais agravante porque o longevo deixa de ser considerado apenas no âmbito da família para integrar setores sociais cada vez mais amplos.

Para compreender o idoso em sua singularidade, é necessário refletir sobre o seu desenvolvimento com os determinantes que contribuem para o avanço da longevidade. O envelhecimento deve ser entendido dentro de um contexto que envolve intervenções médicas, sociais, psicológicas, econômicas e ambientais.

Com o objetivo de estudar as implicações dessas transformações, este texto abordará alguns tópicos relacionados aos aspectos socioeconômicos do envelhecimento no Brasil. Inicialmente, destacará os processos de urbanização e imigração e suas implicações, pois nesses processos reside a razão para entender e analisar a realidade em que vivem os idosos no Brasil.

O Processo de Urbanização e Imigração e Seus Aspectos no Envelhecimento

O processo de urbanização, verificado no Brasil principalmente a partir da década de 1950 tem sido apontado como o principal responsável pela redução das taxas de fecundidade e a conseqüente eclosão do processo de envelhecimento.

O acentuado movimento de migração rural-urbana, ou êxodo rural, tem como causas principais a industrialização e a geração de empregos nas cidades, além da concentração fundiária e das adversidades climáticas em certas regiões do país, principalmente nos estados do nordeste. Esse processo migratório tornou-se mais significativo quando o parque industrial passou a empregar milhares de migrantes das regiões mais pobres do Brasil. As pessoas eram atraídas para as cidades industriais, principalmente das regiões Sudeste e Sul, em busca de melhores oportunidades de trabalho, melhor alimentação e moradia e disponibilidade de serviços públicos, principalmente nas áreas da saúde e da educação. Por outro lado, as grandes cidades que foram hospedeiras nesse processo não se encontravam preparadas para enfrentar os reflexos sociais desse fenômeno, principalmente por não disporem de equipamentos sociais e infraestrutura suficientes para atender a essa demanda.

A nova população de migrantes encontrou um problema adicional no que concerne a inserção no mercado de trabalho: o contingente de mão-de-obra disponível era muito superior à oferta de trabalho. Essa situação encontra-se expressa com clareza na afirmação de Paul Singer[16]: "Os fluxos migratórios eram muito maiores que o volume de força de trabalho que os setores monopolistas da economia desejavam empregar. Deu-se, assim, a 'proletarização' de uma ponderável parte da população brasileira por meio de sua urbanização, nos quadros de um mercado de trabalho cronicamente saturado, particularmente para a grande massa de trabalhadores pouco ou nada qualificados."

Acrescenta-se a essa condição de marginalidade do mercado, uma forte pressão de demanda por espaço urbano: "Cidades que tinham na década de 1940 padrões razoáveis de abastecimento de água, coleta de esgoto, pavimentação de vias públicas, iluminação pública e outros serviços começaram a assistir ao surgimento de uma periferia carente e desordenada, onde se misturavam os conjuntos habitacionais, as favelas e os loteamentos clandestinos.[15]" Interage com isso a crise habitacional, fazendo com que famílias inteiras procurem adaptação em um espaço residencial restrito, dentro de moradias exíguas e sem condições mínimas de habitabilidade.

Quando toda essa trajetória é analisada, observa-se que, enquanto havia um crescimento rápido e ininterrupto da população nos grandes centros urbanos, o desenvolvimento socioeconômico não ocorreu na mesma proporção. Isso gerou diversos problemas, tais como falta de moradia e conseqüente proliferação de aglomerados desumanos, desprovidos de condições mínimas de salubridade. Entretanto, a geração de migrantes radicada desde então nas regiões das grandes cidades transformou-se hoje em pessoas com mais de 60 anos, ou seja, pessoas envelhecidas. Basicamente, é isso que faz com que o envelhecimento no Brasil seja, predominantemente, um fenômeno urbano.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Obviamente, se nas próximas décadas o processo de urbanização no país continuar crescendo, esses aglomerados humanos nas grandes cidades também crescerão e certamente acarretarão desequilíbrios mais acentuados e problemas mais graves de saneamento básico, habitação, segurança, transporte, poluição, remoção e processamento de lixo doméstico e industrial. Nesse contexto, é urgente que a arquitetura e o urbanismo acompanhem a processo de urbanização, propiciando também respaldo para as necessidades da população longeva.

Aspectos Sociais do Envelhecimento

De acordo com o autor Jordão Neto, que será bastante utilizado neste capítulo para a discussão dos aspectos sociais do envelhecer, é necessário destacar a diferença entre o significado do que é o envelhecimento e do que é a velhice. Envelhecimento é um processo natural e gradual, parte do ciclo de vida biológico. Ele é inerente a todos os seres vivos: começa com o nascimento, prossegue com o desenrolar da vida e termina com a morte. A velhice, por sua vez, possui um caráter social, pois pode ser vivida diferentemente de acordo os valores, costumes e culturas de cada sociedade, dentro um determinado contexto histórico.

Na idade média, a expectativa de vida do homem europeu não ia além dos 25 anos. Na sociedade pré-capitalista, a agricultura era a base do sistema de produção, que se fazia de forma artesanal e no meio familiar. Nessa organização, as atividades e os conhecimentos eram passados de pai para filho. Sendo assim, é fácil entender porque o idoso quando não era mais capaz de produzir, geralmente não perdia o apoio e a proteção familiar, nem o reconhecimento social, sendo cuidado pela família e pela comunidade. A velhice nesse período era vista de forma natural, como parte de um ciclo vital que se encerrava.

Com o advento das revoluções industriais e burguesas, o sistema de produção sofre uma profunda transformação. O trabalho, que até então se estabelecia no ambiente doméstico, transfere-se para as fábricas. No novo sistema, denominado capitalista, as pessoas envolvidas na produção eram jovens em plena capacidade física, que vendiam sua força de trabalho àqueles que detinham o capital. Ao envelhecer, aqueles que não possuíam a produtividade, devido ao avanço da idade, deixavam de ser úteis e, conseqüentemente, estavam fora do sistema. Surge aí o fenômeno da exclusão. Inicialmente nas relações de trabalho e, posteriormente, na sociedade, nas relações sociais sob várias formas de discriminação e preconceito.

O Impacto do Idoso nas Relações Familiares

Como mencionado anteriormente, na sociedade pré-capitalista toda a produção econômica era desempenhada pela família, que era extensa, composta pelos pais, filhos, avós, parentes e agregados, os quais participavam de forma conjunta no trabalho. Essa sociedade estruturava-se e organizava-se para atender às suas próprias necessidades. Com suas regras, regulava-se em seu próprio sistema, garantindo assim os padrões de reprodução social. O idoso, inserido nessa família extensa, muitas vezes ocupava um posto de prestígio, pois detinha o acúmulo de conhecimento necessário para perpetuar o sistema de produção vigente. Os idosos desfrutavam *status* social e muitas vezes político, pois chegavam a ocupar posições de chefes de clãs. O velho nesse período recebia proteção da família e da comunidade.

O fenômeno da industrialização carregou consigo uma progressiva modificação da estrutura familiar, que, de extensa, passa a nuclear, conseqüência da forte migração de seus membros para as cidades onde estavam localizadas as fábricas, espaço inaugural da nova forma de produção. De uma estrutura grande e complexa, constituída por vários membros, com diversos graus de parentesco, passa-se a uma estrutura pequena e simples, formada por marido, mulher e filhos. Estava criado um novo modelo de família, que é a base da família contemporânea. A família nuclear, por ser pequena e composta de um número cada vez mais reduzido de filhos, não dispõe de recursos próprios para assumir os cuidados e a proteção necessária aos seus membros idosos. Com a evolução social, a mulher, que tradicionalmente foi a responsável pelo cuidado dos idosos, também passa a ter novas funções, inclusive trabalhando fora de casa para ajudar no orçamento familiar. Acrescentam-se a isso as dificuldades no cuidado do dia-a-dia, principalmente quando o idoso apresenta problemas de memória, confusão e perdas funcionais.

Com base na constituição brasileira de 1988, sobre o amparo e proteção à velhice é possível encontrar no Capítulo 7 o Artigo 229: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.” O Artigo 230, por

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sua vez, reza: "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida."

Há muito a ser considerado sobre a questão de garantias e proteção aos idosos, com base na lei. É evidente que a família tem um papel fundamental em assegurar o bem-estar dos idosos e que o ideal seria que todos estes pudessem permanecer no convívio familiar. No entanto, é um erro considerar que a família, com todos os seus problemas de ordem social e econômica, tenha ainda condições de assumir, sozinha, o seu idoso dependente de cuidados. O cotidiano institucional dos serviços de prestação de saúde deixa evidente o número progressivo de pessoas idosas que não aderem a tratamentos por falta de uma rede familiar de apoio.

Faz-se necessário uma análise conjuntural do nosso tempo. A crise social e econômica vem atingindo drasticamente a família, reduzindo cada vez mais o seu núcleo. Em geral, todos os membros da família, na luta pela sobrevivência, dedicam-se às atividades externas, como trabalho, estudo, formação etc. Isso, de maneira integral, constitui-se um obstáculo no sentido de prover e assegurar cuidados e proteção ao idoso em seus próprios lares. A sociedade, assolada pelo enorme crescimento da população idosa, está reconhecendo que essa tarefa tem de ser repartida ou, até mesmo, em grande parte transferida para outras instituições — o Estado é o órgão que deve, em última análise, solucionar o problema[8].

A prática cotidiana dos profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam nas unidades de internação hospitalar, tem mostrado o quanto é difícil o momento da desinternação, ou seja, o momento da alta hospitalar de um idoso. Isso ocorre devido à precária e até mesmo total inexistência de estrutura e retaguarda por parte da família para assegurar e resguardar os cuidados com o idoso. Inicia-se então o desespero das famílias que enfrentam esse problema por apresentarem habitações inadequadas, por conta da ausência de pessoas para cuidar do mesmo e da deficiência de recursos financeiros para arcar com os custos de profissionais especializados. Soma-se a essa situação a quase inexistência de uma rede comunitária de assistência aos idosos que responda de maneira efetiva e eficaz às necessidades básicas de saúde. Pode-se, portanto, observar a carência de programas nas áreas de geriatria e gerontologia nas unidades básicas de saúde, bem como a escassez de unidades intermediárias como, por exemplo, hospitais de retaguarda, serviços de assistência domiciliária, abrigos e casas de repouso com fins sociais, destinados à população destituída do poder aquisitivo.

Com o avanço tecnológico, os idosos portadores de alguns problemas específicos (físicos ou psicológicos) passaram a ser tratados em hospitais ou clínicas, em razão da necessidade de equipamentos de alta tecnologia e profissionais capacitados. Com isso, o núcleo familiar deixa de ser o centralizador dos cuidados com seus idosos, passando os recursos técnicos especializados a ocuparem**,** muitas vezes**,** essa posição.

Com base no exposto até aqui, Jordão Netto[8] complementa que, "mesmo admitindo que a família contemporânea é uma instituição que não mais reúne condições para cuidar adequadamente das pessoas idosas e que isso não deriva apenas de má vontade, ingratidão, insensibilidade ou comodismo de seus membros, existe um consenso entre os estudiosos da gerontologia social no sentido de admitir que a chamada institucionalização do idoso (seu internamento em alguma instituição, como asilos, lares, casas de repouso, clinicas geriátricas etc.) deve representar o recurso extremo a ser adotado pelos familiares, depois de realmente esgotados todos os arranjos ou recursos possíveis no âmbito doméstico ou tentadas, sem êxito, todas as alternativas comunitárias disponíveis". Não há dúvida de que as pessoas idosas preferem ficar em suas casas, sendo elas confortáveis ou não, pois é lá, junto a seus objetos e suas recordações, que se sentem seguras e confiantes. É necessário, entretanto, salientar que a institucionalização não é a melhor solução para os idosos. Trata-se apenas de uma das alternativas de medida efetiva de proteção quando da impossibilidade de retorno do idoso para a sua família.

Diante da institucionalização inevitável é extremamente necessário conscientizar tanto a família como o idoso no sentido de que tudo ocorra de forma menos traumática possível. Geralmente, a opção pelo institucionalização resulta em desgastes emocionais para a família e sentimento de culpa, algo similar ao desprezo e abandono do idoso familiar. Por outro lado, para o idoso, a mudança pode representar uma perda social importante, provocar angústia e insegurança e, eventualmente, alterações na saúde física e mental. É importante nessa fase da institucionalização uma pesquisa cautelosa na escolha da entidade a receber o idoso, tanto do ponto de vista dos cuidados básicos, incluindo a segurança, o conforto e a higiene do local, quanto do da afetividade. É também funda-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mental que a família não deixe de acompanhar o idoso em todo o processo de adaptação, pois essa atenção e a preocupação darão a ele tranqüilidade e segurança para uma melhor adequação à nova realidade.

A velhice, portanto, vista sob o ângulo social, é um fator novo que tende a aumentar progressivamente e torna-se um processo irreversível, que demanda respostas e soluções urgentes da sociedade e de seus governantes. Isso deve ocorrer com a criação de recursos e alternativas de atendimento, que ofereçam espaço para os idosos serem atendidos na sua totalidade, considerando as dimensões física, psicológica, social, econômica, cultural e espiritual. Espera-se também uma maior rede de suporte e apoio da família (atenção, cuidado, afeto e estímulo), da comunidade (ONGS, voluntariado etc.) e do Estado (direito à saúde, previdência e assistência social etc.). Isso implica manter o idoso, pelo maior tempo possível, com independência e autonomia, possibilitando sua participação ativa nas decisões pessoais e familiares, bem como preservando sua capacidade de interagir produtivamente com a sociedade.

Conseqüências Sociais e Econômicas do Envelhecimento

A rápida explosão no aumento da expectativa de vida gerou situações e conseqüências sociais bastante complexas e diversificadas, principalmente quando comparamos os países desenvolvidos economicamente e os em desenvolvimento. Nesse aspecto é importante considerar não apenas a expectativa de vida, mas a expectativa de vida em boas condições de saúde, com qualidade de vida e autonomia. Por outro lado, o aumento da expectativa de vida pode resultar em um convívio permanente com doenças crônicas e degenerativas, queda da capacidade funcional e o aumento da dependência para as atividades da vida diária.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu em um ritmo mais lento. Sobretudo nos países da Europa e nos Estados Unidos, o fenômeno ocorreu num contexto de desenvolvimento no qual os idosos possuíam uma estrutura socioeconômica razoável e direitos sociais minimamente assegurados. Isso permitiu a esses países, ao menos em um primeiro momento, fornecer os cuidados mínimos necessários à população envelhecida. Atualmente, apesar de os ramos da geriatria e da gerontologia nesses países se encontrarem numa etapa avançada, a medicina social e a pública enfrentam dificuldades e demonstra-se quanto a isso preocupações crescentes.

É necessário considerar que o aspecto socioeconômico é uma preocupação latente e ocorre tanto dos países ricos como nos pobres no que diz respeito à seguridade social. Há um desequilibro mundial entre arrecadação e geração de recursos e a demanda cada vez maior de população usuária de recursos sociais e previdenciários. Tal situação agrava-se ainda mais no caso de países menos ricos e desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional ocorre em condições de grande desigualdade social, crises econômicas e escassez de equipamentos públicos. A esses aspectos sociais e econômicos agregam-se os desajustes psíquicos e sociais e até mesmo biológicos que a pessoa enfrenta ao reconhecer-se idosa.

É evidente que existem pessoas para as quais o envelhecimento se manifesta de modo ameno. Isso varia conforme o modo como a sociedade e cada um encara a velhice, e depende de alguns fatores relacionados à história de vida do idoso, às suas realizações e satisfações pessoais e profissionais, ao seu estado de saúde física e mental e à sua situação social, econômica e familiar. Essas interferências podem facilitar ou não o transcurso de vida até o envelhecer. No entanto, considera-se que a velhice, na nossa realidade e para a grande maioria das pessoas idosas, é concebida sob a idéia de perdas. Essas perdas, como ressalta Corrêa[5]: "[...] Vão das perdas físicas, até as psíquicas e sociais. Perdas físicas, anunciando ou atestando o surgimento de doenças degenerativas, fraqueza, diminuição de força e vitalidade orgânica. Perdas psíquicas, representadas por declínio da memória, diminuição ou anulação da vida afetiva, desinteresse em fazer novas relações e em adquirir novos conhecimentos, novos hábitos. Perdas sociais, pois o velho é considerado na sociedade liberal-capitalista não mais como um ser produtivo, mas como um ser dependente, um peso, à margem da construção da história em curso. Concepção negativa porque, partindo de dados verificáveis, ela reduz a velhice a um a situação sem saída, empurrando o idoso para um verdadeiro impasse existencial."

Ainda nesse contexto, Sluzki[17] destaca que, à medida que se envelhece, a rede social pessoal sofre mais perdas, ou seja, o número dos vínculos existentes se reduz drasticamente por morte, migração ou enfraquecimento dos membros. As oportunidades para renovar a rede social, assim como a motivação para

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

renová-la, diminuem progressivamente. E os processos de manutenção da rede se tornam mais difíceis à medida que a energia necessária para manter ativos os vínculos diminui e a acuidade sensorial se reduz.

Além destas perdas pessoais, o mundo externo da maneira como está organizado representa um agravante para a condição do idoso. De modo geral, as ruas, as calçadas, os meios de transporte, a segurança, os serviços e o comércio não são pensados e nem estão adaptados em função de um atendimento funcional e adequado ao idoso. Conseqüentemente, o cotidiano para o idoso contemporâneo pode tornar-se uma realidade hostil, excludente e ameaçadora. Nesse cenário de perdas diversas no processo de envelhecimento é necessário evidenciar a perda do papel social, que tem sido fruto de pesquisas exaustivas. As mudanças de papéis na família e na sociedade podem levar o velho à perda da auto-estima e da identidade pessoal, culminando no isolamento social.

Para entender a perda do papel social e do *status* do velho na sociedade é necessária uma inserção histórica do idoso no nosso tempo, na moderna sociedade consumista e imediatista. Nessa sociedade quem detém a produtividade, a informação e as novas tecnologias, molas propulsoras do desenvolvimento, é o jovem. Nesse contexto, o mercado de trabalho é o primeiro a excluir o velho por considerá-lo defasado e com menor capacidade produtiva.

Vários autores têm argumentado que, socialmente, vivem melhor aqueles que têm a possibilidade de exercer uma profissão e, conseqüentemente, obter renda satisfatória. Porém, a realidade mostra que na maioria dos casos a população que envelhece vem progressivamente perdendo o direito de trabalhar. Isso ocorre algumas vezes pela diminuição da saúde física e mental, outras para abrir caminho ao jovem e ingressá-lo no mercado de trabalho. Isso revela claramente o preconceito que existe com relação aos velhos em nossa sociedade. "Uma coisa é o velho aposentar-se por opção, para descansar, aproveitar a vida e realizar atividades não-remuneradas que lhe dêem prazer. Outra muito diferente e ser excluído e discriminado devido à idade, quando poderia continuar trabalhando e sendo útil. [18]"

A perda do papel profissional pode corresponder à perda da identidade, de funções familiares e sociais e principalmente à perda econômica. Na maioria das vezes é a partir da aposentadoria que começa haver uma queda sensível nos rendimentos do indivíduo.

Aposentadoria: o significado e suas conseqüências

O direito à aposentadoria está garantido na Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988, Seção III, Artigo 202 da lei que reza: "Assegurar a todos os beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço." A lei revela-se bastante avançada no tocante aos direitos sociais. Todavia, é preciso acentuar que a garantia desses direitos foi resultado de um longo processo histórico dos trabalhadores brasileiros. Na Primeira República (1889-1930), o Estado não interferia nas relações trabalhistas entre patrões e empregados. Como conseqüência, a aposentadoria não era obrigação dos empregadores e tampouco do Estado; mas sim de responsabilidade única e exclusiva do trabalhador. A partir da década de 1930, com a instauração da Segunda República, o Estado passa a reconhecer alguns direitos dos trabalhadores através da criação dos ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio. As relações trabalhistas passaram a ter alguns dispositivos avançados e medidas importantes, como a jornada de trabalho de oito horas, as férias anuais e o descanso semanal remunerado. Em 1940 foi instituído o salário mínimo. Isso evoluiu para a progressiva implantação da Legislação Trabalhista até a aprovação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), baixada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1943; o que formalizou os direitos e deveres dos trabalhadores.

Adicionalmente, nesse período foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), resultado dos movimentos trabalhistas de algumas categorias organizadas em sindicatos. Essa nova organização representou a expansão na cobertura das categorias quando vinculou aos Institutos boa parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos. No entanto, a conquista não incluiu os trabalhadores rurais e alguns segmentos do mercado formal de trabalho. Os sindicatos tratavam tanto dos interesses dos trabalhadores que estavam na ativa quanto dos já aposentados. O resultado líquido desse vínculo foi certamente o fortalecimento dos sindicatos.

Na década de 1950, o movimento dos operários brasileiros obteve grandes conquistas por intermédio da organização sindical. Como exemplo, é possível citar a conquista do direito de greve e a presença dos sindicatos nas negociações coletivas trabalhistas. Este foi um período marcado pela grande participação política da classe trabalhadora por intermédio das re-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

presentações sindicais e dos partidos políticos, garantindo assim um maior poder aquisitivo aos trabalhadores. No final da década, porém, teve início uma corrida inflacionária que foi acompanhada da depreciação gradativa dos salários, resultando no empobrecimento das massas urbana e rural. Sendo assim, o movimento dos trabalhadores passa a ter como principal meta a recomposição dos salários reais.

A partir do golpe político militar, em 1º de abril de 1964, inaugura-se um período de profundas alterações políticas marcado por medidas inconstitucionais e antidemocráticas. O poder executivo centralizador controla ao máximo os partidos políticos e os sindicatos, o que leva ao enfraquecimento do movimento dos trabalhadores, marcadamente depois da entrada em vigor do Ato Institucional nº 5, o AI-5, decretado em 13 de dezembro de 1968. Em Janeiro de 1979 o AI-5 foi revogado e a liberdade sindical restabelecida em grande parte.

"Até 1966, a previdência social urbana no Brasil esteve a cargo dos vários Institutos de Aposentadorias e Pensões, que beneficiavam separadamente comerciários, ferroviários, servidores públicos, empregados em transportes de cargas, bancários, industriais, portuários e marítimos. A partir de 26 de novembro de 1966, de acordo com o Decreto-lei 72, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) absorveu esses institutos."[6] Com a fusão de todos os IAPs e convergência para o INPS, vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, ocorreu a ampliação previdenciária a categorias então não cobertas, como a dos trabalhadores rurais, assim como a ampliação do elenco de benefícios, tais como os seguros de acidentes pessoais.

Ocorre, então, a partir de 1966, a unificação das instituições previdenciárias; e em 1974, a separação dos ministérios do Trabalho e da Previdência. Essa desvinculação resultou em um enfraquecimento da categoria dos aposentados, pois os mesmos já não faziam parte da luta geral dos trabalhadores da ativa. A aposentadoria passa, então, a ser uma questão de ordem social e de responsabilidade do Estado.

A categoria dos aposentados, tão espoliada ao longo de toda a história brasileira, começa a se recompor na década de 1980, com o processo da redemocratização do país, atuando ativamente junto aos constituintes da Assembléia Nacional Constituinte, encarregada de elaborar a nova Constituição brasileira, aprovada em 1988. A Constituição abriga e define um conceito de Seguridade Social abrangente, concedendo direito a cobertura previdenciária, saúde e assistência social a qualquer cidadão, independentemente do exercício profissional e da existência de vínculo contributivo.

Durante o governo Collor, no inicio da década de 1990, o movimento dos aposentados foi uma das forças opositoras mais atuantes ao governo. "A partir daí, embora a mobilização não se tenha mantido – e não poderia – num mesmo nível de intensidade, a categoria dos aposentados já não foi mais a mesma. Ela ganhou uma dimensão política insuspeitada, adquirindo um novo perfil." (Bernardes, 2000)

Em 2003, no governo de Luís Inácio Lula da Silva, a Câmara dos Deputados aprova o projeto de reforma da Previdência. Entre outros temas, o texto da reforma prega um aumento da idade mínima para a aposentadoria, fixa um teto para a aposentadoria da iniciativa privada e estabelece a cobrança de contribuição sobre os vencimentos dos inativos e pensionistas.

Com base nesse breve relato histórico da aposentadoria, é possível então dar início à análise de seu significado e suas conseqüências. A aposentadoria foi concebida como um direito para assegurar o futuro, com a manutenção do nível de vida e a garantia das necessidades básicas para os indivíduos depois de diversos anos de trabalho. Entretanto, muitos estudos têm apontado que a aposentadoria pode ser considerada um fenômeno social, com conseqüências de ordem social, política, cultural e econômica. Nesse contexto, o aposentado passa a ser excluído do mundo da produção e incluído em um grupo social negativamente estigmatizado pela inatividade. Economicamente falando, a aposentadoria representa uma perda substancial no rendimento mensal dos indivíduos, dada a depreciação constante do seu valor monetário, confirmada pelos reajustes que não acompanham os índices inflacionários e a correção monetária. Conseqüentemente, os aposentados ficam incapacitados de manter o mesmo padrão de vida conquistado no tempo da atividade profissional, o que certamente resulta em angústia e insegurança com relação à própria subsistência. Para assegurar sua sobrevivência, os aposentados são obrigados a exercer atividades laboriosas para complementação de renda ou até mesmo recorrer de forma constante a programas de assistência social.

A aposentadoria coincide geralmente com o envelhecimento, sendo o último um aspecto condicionante de transformações e conseqüências. Parar de trabalhar agrava ainda mais a situação do indivíduo,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pois significa a perda do papel profissional e, conseqüentemente, a perda de papéis e funções junto à família e à sociedade. Estar no mercado de trabalho ou possuir uma atividade produtiva fornece ao indivíduo *status* social, pois é através do trabalho que ele é reconhecido na sociedade e tem acesso à vida econômica e societária. Por essa perspectiva, a aposentadoria apresenta um perigo para todos aqueles que não se encontram preparados para a nova etapa e pode conduzir um indivíduo à crise de identidade com a perda de auto-estima, levando-o ao isolamento social.

Para aceitação da aposentadoria e do próprio envelhecimento são necessárias reflexões e a preparação para alterações profundas que irão ocorrer em função da ruptura da vida profissional. É preciso deixar de apenas valorizar o homem na medida e proporção que ele produz bens materiais e dinheiro. Entretanto, preparar uma aposentadoria significa planejá-la adequadamente, através de uma educação permanente e contínua. O processo educativo inclui, também, a preparação da sociedade e do Estado para atender a seus aposentados. Deve-se, então, procurar alternativas urgentes de participação social para minimizar os problemas dessas pessoas que tanto contribuíram para a construção da sociedade e, com isso, resgatar sua auto-estima e retomar seu valor e reconhecimento como cidadãos.

É preciso ressaltar que nas sociedades desenvolvidas, como os Estados Unidos e alguns países do continente europeu, já existem programas de preparação para aposentadorias parcialmente eficientes. No Brasil, foram iniciados alguns programas de ação educativa, objetivando modificar as reações negativas quanto à aposentadoria e possibilitar um planejamento mais adequado. Apesar das poucas iniciativas, existem algumas ações efetivas de programas desenvolvidos pelo Sesc e por algumas organizações de consultorias para preparar e instrumentalizar representantes de departamentos de recursos humanos de diversas organizações públicas e privadas. Entretanto, essas ações ainda não são suficientemente abrangentes e consistentes tanto nos serviços públicos como nas empresas privadas.

As experiências que mais tiveram resultado foram as iniciativas do terceiro setor, como por exemplo as Entidades de Convivência para Idosos, a criação das Escolas Abertas e da Faculdades da Terceira Idade. No entanto, o acesso a esses programas, principalmente os fundamentados na prática do lazer, é restrito a uma pequena parcela de indivíduos que está vinculada a grupos de convivência de instituições públicas ou privadas. Além do alcance social limitado, esses programas enfatizam normalmente funções de recuperação, após a aposentadoria do indivíduo. São projetos dirigidos especialmente aos idosos já aposentados ou àqueles que se encontram prestes a aposentar-se. Verifica-se então a insuficiência de programas voltados à fase da pré-aposentadoria, com caráter educativo e preventivo.

Todas as observações descritas permitem concluir que a aposentadoria pode resultar em vários pontos negativos. As perdas econômicas resultantes da aposentadoria continuam sendo um fator determinante no agravamento da situação do idoso no Brasil. Esse fator está diretamente relacionado com a desigual distribuição de renda no país.

Aspectos da Distribuição de Renda no Brasil

Não se deve deixar de considerar que muitos dos avanços positivos na distribuição de renda se deram pelas lutas das forças sindicais. É preciso, no entanto, considerá-las historicamente. Até a década de 1930 ocorreram grandes esforços no sentido de tentar organizar os trabalhadores em sindicatos, porém, o sucesso destas tentativas foi muito reduzido. As relações trabalhistas após 1930 passaram a ter algumas normas e as bases da legislação foram lançadas. Os sindicatos passam a ser reconhecidos como órgãos legítimos do proletariado e a Lei de Sindicalização foi decretada em março de 1931. Em 1932 várias outras leis sociais e trabalhistas foram promulgadas. Em 1937, sob a ditadura de Getúlio Vargas, estabeleceu-se a Constituição do Estado Novo, inspirada nas doutrinas fascistas, e os trabalhadores sindicalizados e identificados como de esquerda começam a sofrer perseguições. O salário mínimo, já previsto na Constituição de 1934, foi instituído em 1940.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, e o fim do Estado Novo, o país reorganizou-se, com a criação de novos sindicatos de trabalhadores. No período do governo Dutra, de 1946 a 1951, foi regulamentado o direito de greve, que outorgava autonomia ao Governo para declarar a ilegalidade de uma greve. O trabalhador nessa época foi alvo de condutas repressoras em seus movimentos reivindicatórios (greves), de intervenção nos sindicatos e de restrições nos salários.

Na década de 1950, o movimento operário brasileiro obteve seus maiores êxitos: conquistou o direi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

to de greve e um determinado grau de autonomia sindical, fazendo sentir nas negociações coletivas o peso de sua organização. Foi nesse período que, provavelmente, o crescimento dos salários reais acompanhou de perto o crescimento da produtividade. Já no fim da década, porém, a aceleração do processo inflacionário começou a corroer o poder aquisitivo dos trabalhadores. Nos anos seguintes, até 1964, os numerosos movimentos trabalhistas eram apenas defensivos, destinando-se primordialmente a recompor os salários reais[16].

O fluxo migratório gerou a chamada proletarização dos trabalhadores, uma vez que o volume da oferta de mão-de-obra tornou-se maior que o número de vagas existentes no mercado de trabalho. Conseqüentemente, muitos passaram a submeter-se a ocupações insalubres e precárias, na condição de autônomos, sem os direitos assegurados pela legislação trabalhista e com baixos rendimentos. Dessa forma, desenvolveu-se um modelo econômico concentrador e socialmente excludente, reiterando a desigualdade característica da sociedade brasileira.

A partir de 1964, com o controle do Estado pelas correntes conservadores, mudanças profundas ocorreram no cenário político brasileiro. Iniciou-se um ciclo desestimulante para as organizações trabalhistas e reivindicatórias. O governo utilizou mecanismos de controle, como a repressão e a coerção, para neutralizar os movimentos que tinham o propósito de promover maior justiça na distribuição de renda. A concentração de renda ficou nas mãos de uma pequena parcela da sociedade e apenas um restrito grupo de trabalhadores qualificados, como os profissionais liberais e técnicos com formação superior, foram de fato beneficiados. A burguesia nacional era a principal detentora do capital financeiro.

Na década de 1970, o panorama interno do país era muito mais favorável. O Brasil viveu o período de milagre econômico, época em que houve uma combinação extraordinária de crescimento econômico e taxas relativamente baixas de inflação. Apesar dessa combinação, houve nesse mesmo período uma alta concentração de renda nas camadas mais ricas da sociedade e constatou-se uma desproporção acentuada entre o avanço econômico e a distribuição de renda. Paralelamente a estes fatos, as organizações sindicais, que até então atuavam no sentido de garantir a menor perda salarial dos trabalhadores, tiveram seus líderes cassados e seus estatutos alterados. Novas diretorias sindicais, aliadas ao governo, foram empossadas, abandonando por completo a proteção dos assalariados e gerando assim uma política salarial reprimida.

Conseqüentemente, a intensificação do processo inflacionário, a dívida externa, o baixo índice de escolaridade e a ausência de crescimento econômico na década de 1980 provocaram uma crise econômica, política e social sem precedentes na história do país. O Brasil passou a ser marcado pela extrema concentração de renda, registrando taxas de desigualdade social nunca antes observadas. Acentuaram-se os processos sociais de pobreza e exclusão que resultaram em um aumento significativo dos índices de criminalidade, gerando assim um caos social assustador. A sociedade civil, então, pressionou e obteve resultado positivo na formação de uma Assembléia Nacional Constituinte, que instalada em 1º de fevereiro de 1987. Em 5 de outubro de 1988, no governo Sarney, foi promulgada a nova Constituição brasileira, considerada a mais democrática da história do país.

Finalmente é preciso destacar a recessão do Governo Collor de Mello, no início da década de 1990. Após dois anos de governo, as medidas econômicas empreendidas pelo governo Collor e suas conseqüências, como o confisco da poupança, a recessão, o achatamento salarial, os crescentes índices de desemprego, a insegurança causada no meio empresarial, a incompetência no combate à inflação, a desnacionalização do patrimônio público e a política de juros altos, ameaçaram os direitos fundamentais do cidadão brasileiro, agravando ainda mais e de forma generalizada os problemas sociais do país.

O controle da inflação e a retomada do crescimento econômico no Plano Real" — plano econômico elaborado pelo então ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, em março de 1994, e que teve inicio em 1º de julho de 1994, quando começou a circular a nova moeda — reverteram timidamente a situação, gerando, no início, uma redução nos níveis de pobreza no país. Todavia, a queda da inflação não foi suficiente para diminuir a desigualdade econômica e social no país. O aumento da taxa de juros, associado ao processo de privatização — medidas tomadas pelo Banco Central brasileiro para combater a inflação e sustentar o valor da moeda — provocaram enorme recessão econômica.

Os custos sociais da aplicação de políticas neoliberais adotadas no Brasil a partir do final da década de 1980 e intensificadas na década de 1990 nos governos Fernando Collor de Mello e Fernando Henri-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

que Cardoso foram visíveis na sociedade brasileira. A ascensão do neoliberalismo agravou a situação de desigualdade na divisão da renda, somada ao crescente desemprego e ao encarecimento dos serviços básicos que atingiram níveis recordes.

A situação de extrema fragilidade social em que viviam os brasileiros em 2000 foi reiteradamente apontada pela imprensa, como se constata no relatório de indicadores educacionais da Unesco/OCDE. O órgão apresentou a distribuição de renda no Brasil como umas das mais perversas do mundo — os 10% mais ricos da população possuíam praticamente a metade da riqueza nacional (47,9%), enquanto os 10% mais pobres concentravam apenas 0,8% da renda produzida no país. Esses dados atestam a situação de extrema fragilidade social em que viviam os brasileiros.

Se a distribuição de renda entre as pessoas mais velhas é considerada, tal nível de desigualdade agrava-se ainda mais, pois, além de enfrentarem o desgaste biológico, os idosos ainda estão sujeitos às dificuldades criadas pela exclusão socioeconômica. Isso, de certa forma, é confirmado pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA) de 2001, em que 41,4% dos idosos brasileiros apresentam uma renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo.

A situação tem se preservado em razão das fortes restrições fiscais e da diminuição das atividades econômicas. Toda a crise social propaga-se e se manifesta entre os milhões de brasileiros, principalmente jovens e adultos sem perspectiva de emprego em curto prazo. Nesse quadro de negação de direitos sociais, que vêm se acentuando historicamente, os idosos, devido às suas condições sociais, tornam-se ainda mais vulneráveis. Para a população idosa das regiões do Norte e Nordeste do país, o descompasso entre as classes sociais torna-se mais acentuado na medida em que a região detém os piores índices sociais e econômicos. Já nas regiões Sul e Sudeste, onde a renda cresceu em ritmo superior ao do restante do país, os idosos apresentam uma distribuição de renda mais favorável.

Uma evidência dessa desigualdade é o padrão de mortalidade da população idosa nos grandes centros urbanos, que apresenta, no grupo dos idosos de renda mais alta, características próprias da população de países desenvolvidos — onde se observa a redução nos riscos de mortalidade por doenças do aparelho circulatório — e apresenta, no grupo dos idosos mais pobres, características de mortalidade resultantes de doenças do subdesenvolvimento e da pobreza, tais como a desnutrição, a diarréia e outras doenças infecciosas e parasitárias[1].

Constata-se com isso que a possibilidade de distribuição de renda igualitária é limitada, apresentando variações muito acentuadas. Seguramente, a desigualdade persistente em nosso país atinge os idosos de forma mais cruel. Há uma pequena parcela de idosos que pertence aos segmentos mais privilegiados: aqueles que ainda estão no auge de suas carreiras (políticos, cientistas, intelectuais e outros). Outra parcela corresponde àqueles que tiveram condições econômicas de contribuir para uma previdência privada enquanto jovens, no sentido de complementar a aposentadoria da Previdência Social. Existem ainda aqueles idosos que gozam boa saúde física e mental e conseguem acumular aposentadoria e um novo emprego. Finalmente, destacam-se aqueles idosos que, com certeza representam a maioria, continuam à procura de uma outra ocupação remunerada, em decorrência do insuficiente benefício previdenciário ou, até mesmo, pela ausência deste.

Sem dúvida, historicamente o Brasil tem apresentado um padrão de renda bastante desigual. Esse cenário exige do poder público ações integradas com os vários segmentos organizados da sociedade que realizam trabalhos afins na busca de ações que, de fato, possam reduzir os níveis de desigualdade e exclusão social que tanto afetam esse contingente da população.

Direitos do Idoso

As revisões sistemáticas da literatura sobre a questão do idoso evidenciam que a primeira discussão sobre a necessidade de inclusão dos idosos nas políticas sociais ocorreu em 1982 em Viena, Áustria, durante a realização da I Assembléia Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Envelhecimento. Essa Assembléia definiu políticas sociais para a velhice, particularmente para os países do então Terceiro Mundo.

Vinte anos mais tarde, a ONU retomou a discussão e realizou em Madri, de 8 a 12 de abril de 2002, a II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, tendo como tema principal do evento a promoção do conceito "Uma sociedade para todas as idades". Este encontro desencadeou um alerta aos governantes para o fato de que o envelhecimento populacional mundial será um dos fenômenos mais relevantes do século XXI. Estima-se que as pessoas com 60 anos ou mais chegarão a dois bilhões em 2050 e que a maioria desses

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

idosos viverá nos países em desenvolvimento. Nessa oportunidade, representantes de vários países reuniram-se para elaborar um Plano de Ação Internacional que estabelece um compromisso dos governos em promover a cidadania dos idosos, buscando eliminar as graves distorções no quadro social do planeta. No que se refere a ações concretas para a proteção e o amparo ao idoso no Brasil é possível citar a Constituição Federal de 1988, na qual foi inserido o Artigo 230: "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e garantindo-lhes o direito a vida." A partir dessa lei, alguns dos direitos dos idosos foram reconhecidos legalmente, porém, não foram efetivamente concretizados. Um avanço considerável na defesa dos direitos e garantias dos idosos, porém, foi a aprovação da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de l994, que institui a Política Nacional do Idoso, e o Decreto nº 1.948, de 3 de junho de 1996, que a regulamenta. A Política Nacional do Idoso tem por finalidade assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva deste na sociedade.

Outra importante conquista a ser mencionada foi a criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, regulamentada pelo Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995, que vem assegurar e garantir um salário mínimo de benefício mensal ao idoso com mais de 65 anos que comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida pela família. Entre essas iniciativas, a mais recente ação em favor do idoso ocorreu 1º de outubro de 2003, data em que o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, sob a Lei nº 10.741, que define medidas de proteção às pessoas com idade igual ou superior ao 60 anos. De autoria do ex-deputado e atual senador Paulo Paim (PT-RS), o projeto (PLC nº 57/2003) foi aprovado por unanimidade tanto na Câmara quanto no Senado Federal. O Estatuto, além de regulamentar os direitos básicos dos idosos — como saúde, alimentação, educação, trabalho, cultura, esporte, lazer, justiça, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária — é um instrumento que determina obrigações às instituições sociais e estabelece penalidades para uma série de situações de desrespeito aos idosos. O documento, composto de 118 artigos, é também considerado um marco na história brasileira e apresenta garantias legais na tentativa de assegurar a prevenção, a proteção, a promoção e a inclusão dos milhões de idosos que vivem em situação de risco social.

Consideráveis avanços também foram alcançados com as diversas entidades voltadas ao cuidado com o idoso. Como exemplo, é possível citar no campo científico a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), entidade científica filiada à Associação Médica Brasileira (AMB), e a Associação Nacional de Gerontologia (ANG). Esta última é uma entidade de natureza técnico-científica e de âmbito nacional voltada para a investigação e prática científica em ações relativas ao idoso no campo das práticas sociais. Outra entidade de interesse é o Serviço Social do Comércio (Sesc), entidade de caráter privado, mantida e administrada pelos empresários do comércio, que promove programas de Escola Aberta para a Terceira Idade e Grupos de Convivência, além de uma rede de serviços, informação, pesquisa e ensino. Por fim, no campo da defesa dos direitos das pessoas idosas, destacam-se os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais do idoso e o Ministério Público, que aciona os mecanismos judiciais necessários para evitar abusos e lesões aos direitos das pessoas idosas.

É indiscutivelmente necessário destacar que o idoso foi e é parte da história do desenvolvimento do país e de que muitos destes já conseguiram um nível de organização e mobilização razoáveis, através da participação representativa em diversos segmentos. Essa participação faz com que os idosos deixem a condição de assistidos para ocuparem o papel de usuários, consumidores e até mesmo de gestores e executores de serviços a que têm direito. O resultado dessa ação tem sido a inserção expressiva dos idosos nas universidades abertas à terceira idade, nos fóruns regionais de cidadania, na liderança de grupos e associações comunitárias, entre outros.

As competências técnica, política e ética com vistas à efetivação de todos esses compromissos já citados supõem a articulação através da criação de redes intersetoriais e interinstitucionais dos órgãos sociais e de saúde, tanto na esfera municipal quanto na estadual, voltados a atender às necessidades do idoso. Supõe-se, também, a interpretação do Estatuto do Idoso, objetivando ampliar o entendimento dos idosos acerca da lei. Ter conhecimento da legislação permite aos idosos assumirem o papel de protagonistas de seus próprios direitos.

Todas essas iniciativas indicam que a legislação brasileira tem proporcionado amplas garantias para a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

proteção dos direitos dos idosos. Contudo, em muitas instituições as leis não são cumpridas. É responsabilidade do Estado instituir políticas públicas adequadas e criar organismos responsáveis por assegurar o cumprimento das leis, atendendo às necessidades específicas regionais no que se refere às áreas da saúde, educação, assistência social, trabalho, habitação e urbanismo, transporte, segurança, cultura e lazer.

Conclusão

Neste estudo e análise foi possível entender que o envelhecimento demográfico na população brasileira traz conseqüências sociais e econômicas que são agravadas pela inabilidade da sociedade e do Estado de lidarem com a questão. Pode-se observar que os avanços biológicos que proporcionaram o aumento da longevidade não foram acompanhados por políticas de infra-estrutura qualificadas para garantir a qualidade de vida da população idosa.

A família, que era considerada o mais efetivo sistema de suporte e apoio aos idosos, cada vez mais se mostra incapaz de lhes proporcionar condições satisfatórias de vida. A falta de uma pessoa da família para desempenhar o papel de cuidador, a dificuldade de reorganizar a família para integrar o idoso, que já sofre algumas perdas funcionais na rotina cotidiana, as habitações cada vez menores e a necessidade de conviver com três ou quatro gerações no mesmo espaço obrigam muitas famílias a relegar ou institucionalizar o seu idoso.

Para o Estado, em termos econômicos, os idosos representam uma sobrecarga no orçamento previdenciário devido ao decréscimo no número de pessoas que deixam de fazer parte da força de trabalho. Outro fator importante é o aumento na demanda por serviços de saúde, o que acarreta mais despesas com medicação e realização de exames, internações hospitalares mais freqüentes e maior tempo na ocupação de leitos hospitalares. A preocupação está no na concentração cada vez maior dos gastos de saúde no atendimento ao idoso, ou seja, em geral, as doenças que acometem os idosos são crônicas e múltiplas, necessitam da atenção de diferentes especialistas e exigem acompanhamento constante de uma equipe interdisciplinar.

Destaque-se, ainda, o número progressivo de pessoas idosas vítimas dos mais diversos tipos de violência, maus-tratos e, especialmente, negligência nos cuidados, seja no ambiente residencial, nos meios de transporte público, nos meios urbanos ou nas diversas instituições de assistência públicas ou privadas. Atualmente, a questão ganhou visibilidade pela magnitude dos números de casos de violência contra os idosos, tornando o problema uma das prioridades na agenda política. A criação de algumas legislações indica o reconhecimento por parte das autoridades e da sociedade da relevância do problema e da urgência na tomada de medidas para combatê-lo.

Porém, apesar das determinações legais, que estabelecem para o profissional e para a sociedade civil a obrigatoriedade de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra o idoso, somente os casos mais graves de maus-tratos chegam ao conhecimento das autoridades competentes, e a maioria permanece restrita ao círculo familiar. A falta de recursos e serviços de amparo ao idoso, bem como o despreparo dos profissionais da área da saúde, são fatores que comprometem a identificação da ocorrência e, conseqüentemente, a proteção social desses idosos em situação de vulnerabilidade.

Alia-se a isso o comportamento preconceituoso que a sociedade brasileira historicamente assume com relação ao idoso, rotulando-os como incapacitados, improdutivos e dependentes economicamente. É imprescindível que a sociedade brasileira reconheça as pessoas idosas dentro de suas especificidades, com necessidades, características e peculiaridades próprias. Torna-se necessário criar espaços de discussão, na busca de mudanças de conceitos e de posturas que a comunidade familiar e social têm sobre o envelhecimento. Esse deve ser um compromisso a ser assumido pela sociedade como um todo, por meio da abordagem do tema nas escolas, nas instituições e, especialmente, nos meios de comunicação que desempenham importante papel na formação de opiniões.

Um passo importante na tentativa de chamar a atenção do Governo e da sociedade para a situação do idoso no nosso país foi a Campanha da Fraternidade de 2003, iniciativa da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que teve como tema "Fraternidade e Pessoas Idosas". O objetivo geral da Campanha foi: "Motivar todas as pessoas para que, iluminadas por valores evangélicos, sejam construtoras de novos relacionamentos, novas estruturas, que assegurem valorização integral às pessoas idosas e respeito aos seus direitos." A Campanha da Fraternidade de 2003 teve como ambição o resgate da importância das pessoas idosas para a sociedade.

Essas mudanças exigem a emergência de um novo posicionamento do Estado na elaboração e na imple-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mentação de políticas sociais públicas que tenham capacidade resolutiva e respondam de forma efetiva às diversas necessidades desse contingente. Isso implica em que o Estado amplie o seu papel na política de assistência social voltada aos idosos, somando esforços com a iniciativa privada e as organizações do terceiro setor e adotando uma política governamental de parcerias, cujos recursos públicos deveriam concentrar-se mais intensamente na área social. O que se constata atualmente, como vêm observando os analistas políticos, é o repasse de recursos públicos para o setor privado, em geral acompanhado da redução dos investimentos nos serviços sociais públicos, ou seja, o Estado, muitas vezes, transfere a responsabilidade da questão pública e social para as entidades do chamado terceiro setor, comprometendo assim a qualidade e a equidade dos serviços. Torna-se necessário, portanto, debater e refletir sobre o propósito dessas parcerias, isto é, sobre a real obrigação do Estado no âmbito dos serviços e direitos sociais, uma vez que as diversas instituições subsidiadas pelo Estado têm executado ações sociais assistenciais que não asseguram direitos aos idosos — apenas atendem às suas necessidades emergentes.

Fica evidente então a necessidade da busca de ações responsáveis tanto por parte do Estado, da sociedade civil, das organizações não governamentais, como da família em assegurar aos idosos medidas de prevenção e proteção social que sejam capazes de evitar a discriminação, superar o isolamento e favorecer a justiça e a inclusão social para todos**.** Nessa perspectiva, não deve ser esquecida a responsabilidade que têm aqueles profissionais que atuam diretamente junto a essa ampla parcela da população na execução efetiva dos projetos e programas sociais voltados aos idosos. O desafio desses profissionais no exercício de suas ações é buscar uma atuação mais articulada com as diversas instituições que desempenham trabalho na mesma área, viabilizar espaços direcionados para a garantia e a ampliação dos direitos dos idosos e denunciar situações de exclusão social. Para tal, é imprescindível a permanente capacitação e instrumentalização desses profissionais que tratam diretamente com expressões da realidade social; realidade esta dinâmica e em constante transformação.

Para avançar na reflexão e no debate em torno desse assunto, a proposta é a implementação de projetos e políticas públicas nas áreas social e de saúde que assegurem condições para a construção de uma sociedade em que as pessoas possam envelhecer com saúde, dignidade e, fundamentalmente, participando ativamente da vida econômica, política, cultural e social de sua sociedade. Enfim, que possam exercer plenamente a sua cidadania e, conseqüentemente, fazer valer seus direitos políticos e sociais.

Referências Bibliográficas

1. Araujo TCN, Alves MIC. Perfil da população idosa no brasil. In: Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000. p. 18.
2. Arruda A (org.). Estatuto do idoso. Rio de Janeiro: Roma Victor; 2003.
3. Boutique NC, Azevedo dos Santos RL. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 82.
4. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Manual Campanha da Fraternidade 2003. São Paulo: Salesiana; 2002.
5. Corrêa JA. O presente da velhice. Reflexão filosófica sobre a velhice. In: Petroianu A, Pimenta LG (ed.). Clínica e Cirurgia Geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 1.
6. Grande Enciclopédia Larousse Cultural (1995). São Paulo: Nova Cultural; 1998.
7. Gremaud AP, Vasconcelos MAS, Tonedo Jr R. Economia brasileira contemporânea: para cursos de economia e administração. São Paulo: Atlas; 1996.
8. Jordão Netto A. Gerontologia básica. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 15.
9. Marcial D, Robert C, Séguin E (orgs.). O direito do idoso. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 1999.
10. Martins RN. A velhice como fenômeno social. In: Serro Azul LGCC, Carvalho Filho ET, Décourt LV. Clínica do indivíduo idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981. p. 335.
11. Mendonça-Bernardes DA. Aposentadoria e cidadania. In: A terceira idade. Ano XI. n º 19. São Paulo: Sesc; 2000. p. 30.
12. Montaño C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2003.
13. Pessini L, Queiroz ZV. Envelhecimento e saúde: desafios para o novo século. In: O mundo da saúde. São Paulo 2002; 26(4): 456.
14. Pimenta LG (ed.). Clínica e cirurgia geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 1.
15. Serra G. Urbanização e centralismo autoritário. São Paulo: Nobel Editora da Universidade de São Paulo; 1991. p. 41.
16. Singer P. Dominação e desigualdade: estrutura de classes e repartição de renda no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981. p. 170.
17. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p. 115.
18. Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

15 Violência Contra a Pessoa Idosa: O Direito pelo Avesso

Maria Cecília de Souza Minayo

Introdução

Neste texto pretendo responder à seguinte pergunta: "O Estatuto do Idoso se encaminha em direção a uma sociedade para todas as idades?" Mostrarei que, se quisermos que isso aconteça, precisamos enfrentar as violências e negligências que hoje são comuns nas relações da sociedade com as pessoas idosas. Tomo por base o Estatuto do Idoso, no qual cada um dos artigos garante autoria e papel protagonista, proteção e cuidados aos que já vão longe em sua história e pretendem continuar vivendo e atuando com dignidade — embora todo o Estatuto, quando visa a assegurar direitos, tenha como fundo a sua negação. Um dos seus artigos explicita claramente essa questão: "Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência crueldade ou opressão e todo atentado a seus direitos por ação ou omissão será punido na forma da lei." A esse 4º artigo, seguem-se dois parágrafos responsabilizando o Estado e os cidadãos pela prevenção da violência e dos maus-tratos e pela efetivação da lei.

Por que é preciso falar claramente sobre a violência quando estamos pensando em institucionalização do Estatuto? A resposta se deve ao fato que, embora possa parecer contraditório, o respeito a seus direitos, o reconhecimento de sua contribuição e a aceitação do protagonismo do idoso no seio da sociedade não é algo natural, a não ser em casos excepcionais de pessoas famosas, ricas e poderosas. Os "comuns dos mortais", na maioria das sociedades, tendem a ser tratados como descartáveis e prescindíveis. Portanto, o reconhecimento público da contribuição dos idosos precisa ser visto como fruto do avanço da consciência e de uma mudança de mentalidade própria da sociedade contemporânea. Mais: o exercício dessa forma de cidadania não está garantido e precisa ser perenemente rememorado às famílias, às instituições e aos gestores públicos e privados.

Ao abordar o "lado avesso do direito" tratarei das violências que vitimam fatalmente, incapacitam ou infligem danos aos idosos, por ações ou omissão. Buscarei contextualizar o assunto nas literaturas nacional e internacional. Divido o texto em três partes: conceitos e definições sobre acidentes e violências que atingem a pessoa idosa; dados sobre morbimortalidade e maus-tratos; passos possíveis: à guisa de conclusão.

Conceitos e Definições sobre Violências contra a Pessoa Idosa

Os estudos sobre violência e acidentes na área da saúde trabalham com o conceito de "causas externas". No entanto, as duas expressões, "causas externas" e "violência" não se equivalem. A categoria "causas externas" foi estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para se referir às resultantes das agres-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sões e dos acidentes, dos traumas e das lesões. Essa categoria é importante para se compreender a magnitude do problema aqui em pauta quando é possível dimensioná-lo. "Violência" é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos sociais etários, de classes, de gênero ou objetivadas em instituições, quando empregam-se diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem ou de coação direta ou indireta, causando-lhe danos físicos, mentais e morais. Há violências que podem ser dimensionadas, outras que sobrevivem na reprodução cultural cotidiana de usos e costumes.

O conceito "maus-tratos", que também é considerado sinônimo de "abuso", será usado neste texto para designar as várias formas de violência contra idosos, embora diversos estudos teóricos procedam a distinções relativas a cada um deles. Segundo a Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-tratos contra o Idoso, que adotou a definição elaborada em 1995 na Inglaterra, o maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

A partir da literatura internacional sabemos que a violência contra a população idosa é problema universal. Estudos de diferentes culturas e de cunho comparativo entre países têm demonstrado que pessoas de todos os *status* socioeconômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos na velhice, que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira. Freqüentemente, uma pessoa de idade sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus-tratos. Pesquisadores que têm analisado arquivos de Emergências Hospitalares e de Institutos Médico-Legais comprovam, historicamente, a existência de ações violentas contra idosos, como lesões e traumas físicos, mentais e emocionais, entre outros.

Assim como em muitos países do mundo, no caso do Brasil as violências contra a geração idosa se manifestam em maneiras de tratá-la e representá-la, cujo sentido se pode resumir nos termos "descartável" e "peso social". Essa discriminação tem vários focos de expressão e reprodução. Assim, a natureza das violências que a população idosa sofre coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia, produz nas suas relações e introjeta em sua cultura e se distingue dela pela forma específica como ocorre nesse grupo etário.

A violência contra idosos se manifesta de forma *estrutural*, que corresponde às desigualdades sociais naturalizadas nas vivências de pobreza, miséria e discriminação; *interpessoal*, que se atualiza nas relações sociais cotidianas entre as diversas gerações; *institucional*, que se reproduz na aplicação ou na omissão da gestão das políticas sociais, dos serviços de assistência públicos e privados, das relações assimétricas de poder, domínio, menosprezo e discriminação.

Internacionalmente, estabeleceram-se algumas categorias e tipologias para designar as várias formas de violências mais praticadas contra a população idosa, definições que também estão contidas no documento oficial de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência.

- *Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física* são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
- *Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos* correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
- *Abuso sexual, violência sexual* são termos que se referem ao ato ou ao jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- *Abandono* é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares em prestar socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
- *Negligência* refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, freqüentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para os que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
- *Abuso financeiro e econômico* consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- *Auto-negligência* diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa em prover cuidados necessários a si mesma.

Dados Epidemiológicos e Sociológicos

A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A vitimização desse grupo social, no entanto, é um problema cultural de raízes seculares e suas manifestações são facilmente reconhecidas desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas. Neste momento histórico, a quantidade crescente de idosos oferece um clima de publicização e de politização das informações sobre maus-tratos, tornando o problema uma prioridade na pauta de questões sociais. Pela primeira vez, em 1975, os abusos de idosos foram descritos em revistas científicas britânicas como "espancamento de avós". No Brasil, a questão começou a ganhar visibilidade na década de 1990, depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira. A epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema de saúde mede a magnitude da violência e dos acidentes que ocorrem no cotidiano da vida privada, no espaço público e no interior das instituições e que se transformam em informações quantificáveis. Seus limites são dados por vários fatores. O primeiro é a disposição ou a consciência de tornar públicos os abusos e maus-tratos de forma que sejam relatados às autoridades de saúde ou de segurança pelas vítimas, pelos agressores ou por terceiros. A segunda limitação se materializa no âmbito da capacidade e da sensibilidade dos operadores de notificação e de cuidados para perguntarem e transcreverem as causas básicas dos traumas, lesões e mortes e não apenas informar os sinais visíveis da vitimização. Por depender dessas circunstâncias cruciais, as informações epidemiológicas devem ser sempre relativizadas, sobretudo quando se referem à magnitude de um problema tão complexo.

As advertências citadas no parágrafo anterior são importantes por vários motivos, dentre os quais a necessidade de relativizarmos a crença de que os abusos e os maus-tratos estão aumentando, pois não há dados consolidados que permitam fazer séries históricas e produzir comparações.

Por isso, ainda que as informações quantitativas e circunstanciadas se avolumem a partir de agora, por causa da obrigatoriedade da notificação de maus-tratos prevista a partir do Estatuto do Idoso, o que se poderá comprovar é que a magnitude de tal fenômeno é muito mais extensa do que se previa. E se crescerem muito os dados estatísticos, ainda assim, temos de nos perguntar se aumentou a violência ou se melhorou o processo de notificação.

Os dados quantitativos sobre a mortalidade e a morbidade da população idosa brasileira, aqui referidos, dizem respeito ao período de 1991 a 2002 e tiveram como fonte os bancos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, que reúnem as informações sobre mortes que ocorrem no país ano a ano, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), a partir do documento denominado "Autorização de Internação Hospitalar", que registra a situação em que a pessoa se internou num hospital do SUS e o tratamento oferecido para as doenças, lesões e agravos que apresenta.

As causas básicas das mortes foram avaliadas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), documento oficial da Organização Mundial de Saúde. Nela, a categoria "causas externas" recobre códigos para a informação de homicídios, suicídios e óbitos por acidentes em geral. As lesões e os traumas provocados pela violência, pelos acidentes e pelos envenenamentos também são contemplados na CID, permitindo comparações entre a maioria dos países do mundo. No texto as informações são olhadas de várias formas. Por taxas: calcula-se quantas a cada 100 mil pessoas, nos mesmos grupos de idade, morreram por determinada causa. Em proporção: as proporções são olhadas no total da mortalidade dos idosos (por exemplo, em relação aos óbitos por doenças cardiovasculares, por câncer, por doenças respiratórias) e entre cada uma das causas específicas (por exemplo, os acidentes de trânsito, as quedas, os homicídios, os suicídios). Essas informações são tratadas em três faixas de idade: 60 a 69, 70 a 79 e acima de 80; e conforme o gênero.

Dados de Mortalidade

Quando olhamos as causas de óbitos de idosos no Brasil no período de 1991 a 1998, as violências e os acidentes representaram 3,5% da mortalidade geral. Os dados indicam, felizmente, uma tendência de queda depois do ano 2000, quando tais causas passaram a representar 2,8% do total de todas as causas de doenças ou outros agravos responsáveis pelas mortes da população de 60 anos ou mais. Atualmen-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

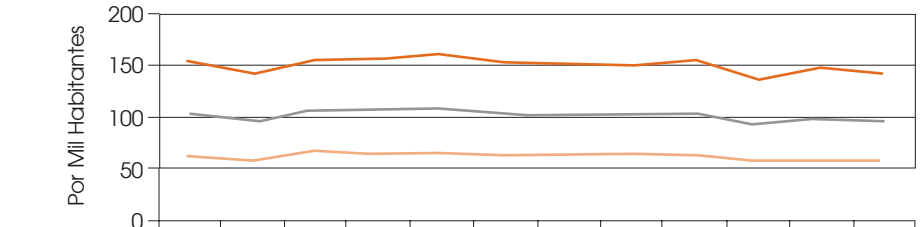
te, violência e acidentes ocupam o sexto lugar como causa na mortalidade geral dos idosos, depois das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das enfermidades respiratórias, digestivas e endócrinas. Em 2002, 14.973 idosos morreram por acidentes e violências no país, significando, por dia, cerca de 41 óbitos, dos quais 9.847 (65,76%) foram de homens e 5.126 (34,24%) de mulheres. A Fig. 15.1 mostra uma pequena tendência de queda — que também é observada na Fig. 15.2, particularmente em relação a quedas e afogementos.

As taxas de mortalidade por acidentes e violência que vitimaram os idosos caíram de 104,2 a cada 100 mil em 1991 para 100,6 a cada 100 mil em 2002. Nesse último ano corresponderam a 147,2 a cada 100 mil óbitos de homens e 62,5 a cada 100 mil de mulheres, confirmando um padrão brasileiro e internacional que evidencia maior risco de mortalidade por causas violentas para as pessoas do sexo masculino em todas as idades, incluindo a velhice. Os fatores considerados acidentais são os que mais têm pesado nesse quadro, embora apresentem tendência a diminuir também. São eles os *acidentes de transportes* e as *quedas*.

Essas duas causas fazem um ponto de confluência entre violências e acidentes, pois, as quedas podem ser atribuídas a vários fatores: fragilidade física, uso de medicamentos que costumam provocar algum tipo de alteração no equilíbrio, na visão, presença de enfermidades como osteoporose. E tanto elas como os acidentes de trânsito costumam também ser fruto da omissão e de negligência dos que deveriam prestar assistência aos idosos em casa, nas instituições e nas comunidades.

No trânsito, os idosos no Brasil passam por uma combinação de desvantagens: dificuldades de movimentos próprias da idade se somam a muita falta de respeito e mesmo a atos de violência impingidos por motoristas e à negligência do poder público. Uma das grandes queixas dos idosos se refere às longas esperas nos pontos de ônibus e aos arranques desferidos por motoristas que não os esperam se acomodar em assentos. Um estudo qualitativo realizado por Machado e col.[17] mostra que uma das formas de violência social e relacional da qual as pessoas mais velhas mais se ressentem no Rio de Janeiro, por exemplo, é o modo como são tratadas nas travessias e nos transportes públicos, tornando o privilégio da "gratuidade do passe", a que têm direito por lei nos meios de transporte, humilhação e discriminação. Por causa disso, as mortes, as lesões e os traumas provocados pelos meios de transporte e pelas quedas, dificilmente podem ser atribuídos apenas a causas acidentais, devendo ser interpretadas também como maus-tratos, discriminação ou fruto de negligência.

Vejamos algumas especificidades das mortes dos idosos nos trânsito. Há algumas diferenças importantes por frações de idade e por sexo nessa vitimização. Tomando como exemplo o ano 2002, no grupo de 60 a 69 morreram menos homens (34,3%) que mulheres (38,3%). A partir dos 70 anos o quadro se inverte. Os homens de 70 a 79 anos corresponderam a 30,4% e as mulheres, a 28,5%. A partir de 80 e mais anos, 21,5% dos óbitos foram de homens e 8,4% de mulheres.



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Masculino	152,23	141,97	153,87	154,31	160,63	153,28	154,34	151,29	153,86	136,02	147,37	141
Feminino	63,28	59,16	68,81	66,06	66,42	63,73	63,86	63,95	63,94	56,88	58,55	59,35
Total	104,19	97,15	107,91	106,64	109,74	104,58	105,13	103,79	104,63	92,45	98,47	95,85

Fig. 15.1 Taxa de mortalidde por causa externas específicas em idosos, Brasil 1991 a 2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

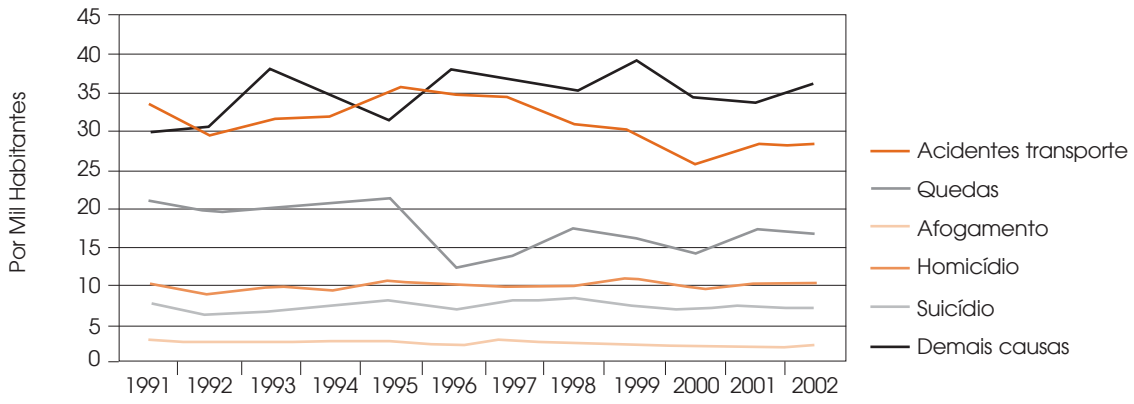


Fig. 15.2 Taxa de mortalidde por causa externas específicas em idosos, Brasil 1991 a 2002.

Vejamos particularidades a respeito das quedas. Em 2002 elas corresponderam a 16,5% das causas de morte de idosos. As mulheres são as principais vítimas e ficam sempre em desvantagem com o passar da idade: em 2002 as quedas responderam por 33,9% das mortes de mulheres com 80 anos ou mais.

Observemos também a alta significância dos homicídios, vindo a seguir dos acidentes de transporte e das quedas na vitimização dos idosos. A ocorrência de vitimização por *homicídios* em idosos segue o padrão brasileiro sob a perspectiva de gênero: morrem mais homens que mulheres. Há também diferenciações por estratos de idade: 23,5 a cada 100 mil homens para 2,4 a cada 100 mil mulheres na faixa de 60 a 69 anos. No ano 2002, nas faixas de 70 a 79, as taxas são 16,2 a cada 100 mil homens e 2,5 a cada 100 mil mulheres e, respectivamente, nos grupos de 80 anos ou mais, 13,4 a cada 100 mil homens e 3,0 a cada 100 mil mulheres.

Acidentes de trânsito, quedas e homicídios, juntos, representaram, na década de 1990, 62,30% do total dos óbitos por violências e acidentes de homens e 69% das mortes de mulheres idosas. Mostrando uma tendência de queda, mas sendo ainda muito representativas, no ano 2002 essas causas somaram 57,8% e 49,1%,respectivamente.

Observemos que também são elevadas as taxas de suicídio entre os idosos, sendo muito mais significativas do que a média para a população brasileira. Enquanto para o Brasil em todas as idades as taxas foram de 3,5 a cada 100 mil em 1991 e de 4,4 a cada 100 mil em 2002, para o grupo acima de 60 anos, elas foram de 6,87 a cada 100 mil em 1991 e subiram para 7 a cada 100 mil em 2002. Estudos da OMS (2002) mostram uma tendência de aumento de suicídios na faixa etária acima de 60 anos, o que vamos observando também no Brasil. Nos países europeus, investigações associam as elevadas taxas de suicídio ao isolamento social, à desistência da vida quando, no caso dos casais, morre um dos cônjuges, e ainda à emergência de enfermidades crônicas graves como o câncer, que as pessoas preferem não enfrentar. Como nos homicídios, os homens se suicidam mais que as mulheres, embora haja diferenciações de comportamento nos estratos de idade. No conjunto das causas externas em 2002, as proporções dos suicídios foram de 9,3% para homens e 7,3% para mulheres nas faixas de 60 a 69 anos; de 9,2% para 3,9%, respectivamente, no grupo de 70 a 79 anos e de 5,7% para 1,7% na faixa de 80 anos e mais.

Dados de Morbidade

No Brasil, as informações sobre doenças, lesões e traumas provocados por causas violentas em idosos ainda são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional que ressalta uma elevada

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

subnotificação em todo o mundo, como refere Chavez[7], que estima em cerca de 70% as lesões e os traumas sofridos pelos velhos que não comparecem às estatísticas. Portanto, mesmo ressaltando a insuficiência dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os usamos para dar uma idéia da gravidade do problema das lesões e traumas por violência em idosos.

A análise do SIH/SUS revela que no ano 2004 foram realizadas 108.169 internações de idosos por violências e acidentes, sendo que 55,38% se deveram a quedas; 9,91%, a acidentes de trânsito, sobretudo atropelamentos; 2,86%, a agressões e 0,65%, a lesões autoprovocada (intoxicações corresponderam a 0,81% e demais causas a 30,39%). Desse conjunto, 62,5% das situações causaram fraturas; 18,6% provocaram lesões traumáticas; 6,3%, ferimentos; 3,5%, luxações; e 3,1%, amputações.

Numa classificação por sexo, mais mulheres (58.416) utilizaram os serviços por motivos de saúde provocados por violência e acidentes do que homens (49.753). Nas internações femininas, pesa o grande número de quedas. A procura por serviços hospitalares foi maior entre os homens com 60 a 69 anos (54,87%), que são logo ultrapassados pelas mulheres a partir de 70 anos. Os homens responderam por 43,15% da demanda na faixa de 70 a 79 anos e 34,65% no grupo de 80 anos ou mais, quando comparados com as mulheres.

O custo médio pago pelo SUS pelas internações hospitalares de idosos por causas relacionadas a acidentes e violências em 2004 foi de R$ 1.069,80 por pessoa. E o tempo médio de internação foi de seis a sete dias. As cifras e a média de dias de hospitalização estão muito acima do que o SUS gasta com os tratamentos de seqüelas de acidentes e violência da população em geral: R$ 714,71 e cinco dias de internação. A mortalidade dos velhos que se internam em conseqüência de acidentes e violência também é muito mais elevada (5,42 a cada 100 mil) do que na população em geral, (2,69 a cada 100 mil).

Estudos nacionais e internacionais informam que, enquanto os acidentes de trânsito e de transporte são a primeira causa externa específica de morte de idosos, as quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo pelo qual os velhos procuram os serviços de emergência. Freqüentemente, as lesões e os traumas provocados por quedas em pessoas idosas, ocorrem em casa, entre o quarto e o banheiro; ou nas vias públicas, nas travessias das ruas, ao subir nos ônibus ou ao se locomoverem dentro deles. Associam-se, na maioria das vezes, a enfermidades como a osteoporose, a instabilidade visual e postural típicas da idade e à negligência de que são vítimas. Esses autores ressaltam a existência de uma razão de três quedas não fatais para cada queda fatal. E observam que a elevada relação entre morte e lesões também costuma ser uma expressão de vários tipos concomitantes de maus-tratos por parte dos familiares ou dos cuidadores, dentro dos lares ou nas instituições de abrigo.

Um terço do grupo de idosos acima de 60 anos que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização e metade dos idosos que sofrem esse tipo de lesão falece no prazo de um ano. Grande parte dos que sobrevivem fica totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Isso representa altos custos financeiros e sociais.

As Cifras do Invisível

Como já foi dito, a violência contra os idosos é muito mais intensa, disseminada e presente na sociedade brasileira que os dados epidemiológicos conseguem revelar.

Freqüentemente, a *violência estrutural*, a *violência institucional* e a *violência familiar,* das quais os velhos são vítimas, ocorrem simultaneamente, pois assim como as crianças e os adolescentes, os idosos constituem um grupo muito vulnerável, sobretudo nos casos de múltiplas dependências e incapacidades. Dentre os problemas mais freqüentes, ressalto os descritos a seguir.

Abusos Financeiros e Econômicos

Uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), consolidando dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de São Paulo, comprova que mais de 60% das queixas desse grupo à polícia se referem a disputas dos familiares pela posse de seus bens ou por dificuldades financeiras das famílias em arcar com a sua manutenção. A mesma relevância foi observada por Costa e Chaves no estudo das denúncias na Delegacia de Belo Horizonte que também atende aos idosos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os abusos analisados pelo IBCCRIM geralmente são cometidos por familiares, em tentativas de forçar procurações que lhes dêem acesso a bens patrimoniais dos velhos; na realização de vendas de bens e imóveis sem o seu consentimento; por meio da expulsão deles do seu tradicional espaço físico e social do lar ou por seu confinamento em algum aposento mínimo em residências que por direito lhes pertencem; dentre outras formas de coação. As queixas de abuso econômico e financeiro se associam a várias formas de maus-tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas ou até a morte.

Mas os abusos econômicos e financeiros são muito mais universais. Eles ocorrem, também, direta ou indiretamente, nas relações com o próprio Estado, frustrando a expectativa de direitos ou se omitindo na garantia dos mesmos. Ocorre, freqüentemente, nos trâmites para aposentadorias e pensões e, sobretudo, nas demoras de concessão ou correção de benefícios devidos, mesmo quando, desde 1994, a Lei 8.8.42 garante prioridade de atendimento aos idosos em órgãos públicos e privados e em prestadores de serviços. Nas delegacias de atenção e proteção ao idoso e nos núcleos de atendimento do Ministério Público, uma das solicitações mais reincidentes é que os agentes colaborem na solução de problemas com aposentadorias e pensões.

Diferentes formas de violência econômica e financeira, combinadas com discriminação e maus-tratos, são praticadas também por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. Os campeões das queixas são os planos de saúde por aumentos abusivos e por negativas de financiamento de determinados serviços essenciais. Os velhos são vítimas ainda de estelionatários e de várias modalidades de abuso cometidas por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e econômica em agências bancárias, caixas eletrônicos, lojas, na rua, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção ao idoso assinalam a freqüência de suas queixas de roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos, de forma violenta ou sorrateira.

Violência Estrutural

A violência estrutural reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e da discriminação que se expressa de múltiplas formas. No Brasil, apenas 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Portanto, a maioria deles é realmente pobre, morando com famílias pobres e miseráveis. Embora a questão social seja um problema muito mais amplo do que o que aflige os mais velhos, esses são um grupo muito vulnerável por causa das limitações impostas pela idade, pelas injunções das histórias de perdas, problemas de saúde e dependência.

Violência Institucional

A violência institucional no Brasil ocupa um capítulo muito especial. Ela é particularmente atualizada e reproduzida pelo Estado, por instituições públicas de prestação de serviços e por entidades públicas e privadas de longa permanência no atendimento ao idoso.

No âmbito das instituições de prestação de serviços, as de saúde, assistência e previdência social (que pela Constituição configuram o sistema de seguridade social) são campeãs de queixas e reclamações. Homens e mulheres pobres que não têm condições de optar por outros serviços, são os que mais sofrem. Muitos idosos verbalizam a idéia de que ser aposentado significa ser maltratado pelo sistema social de assistência pública. As longas filas, a comunicação confusa e impessoal e a falta de uma relação compreensiva com quem precisa de cuidados constituem expressões dessa violência.

Na maioria das instituições (clínicas e asilos) de longa permanência a violência institucional é freqüentemente natural. É importante falar dela por várias razões, embora, apenas cerca de 2% da população idosa esteja em asilos e clínicas. A crueldade da rotina de muitas dessas instituições costuma criar uma combinação de várias formas de violência: abandono familiar, negligência do Estado e abusos dos funcionários e donos. O caso da Clínica Santa Genoveva no Rio de Janeiro serve de exemplo dessa sinergia de maus-tratos. Nela, morreram 156 pacientes em 1996 em conseqüência de problemas nutricionais e de falhas na assistência médica.

Maus-tratos e negligência chegam a produzir mortes, incapacitações e a acirrar processos mentais de depressão e demência em idosos internados. Uma das formas mais cruéis da violência reproduzida nesses estabelecimentos se expressa na destituição do poder e da vontade e na despersonalização das pessoas que nelas vivem, como demonstra Silva[31] em sua análise dos dados do Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público de São

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Paulo. Muitos dos desmandos seriam evitados se estivesse instituída e padronizada a necessária vigilância, o monitoramento e a fiscalização desses estabelecimentos. Como observam Guerra e col.[10], ainda hoje, as entidades sofrem intervenção pública apenas nos casos de escândalos alardeados pela imprensa.

Violência Familiar

A violência familiar com os idosos é um problema mundial. Pesquisas feitas em várias partes do mundo revelam que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges. São particularmente relevantes os abusos e a negligência que se perpetuam por choque de gerações, por problemas de espaço físico e por dificuldades financeiras, que costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como decadência e os idosos como descartáveis. Todos os estudos existentes ressaltam a relevância de tocar nesse tema visto que os cuidados com a pessoa idosa continuam a ser, na maioria das sociedades, responsabilidade das famílias. No Brasil, mais de 95% das pessoas acima de 60 anos mora com seus parentes ou vive em suas próprias casas.

A violência familiar é enfatizada nos estudos internacionais como a mais freqüente forma de abuso contra os idosos. Chavez[7] ressalta que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares. Para o Brasil, essa afirmação seria prematura, pois as pesquisas existentes não permitem explicitar a proporção em que incidem os abusos dos parentes próximos, os que ocorrem fora dos lares e dentro das instituições.

No entanto, ainda que não haja pesquisas sobre a magnitude nacional do problema, estudos focalizados comprovam a gravidade da violência familiar com relação aos idosos no país. Na consolidação de dados da Delegacia de Proteção ao Idoso em São Paulo, o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, tendo como base 1.500 notificações feitas no período de 1991 a 1998, comprovou que 40% das queixas dos velhos eram contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referiam a outros parentes. Cerca de 13% das denúncias se deviam a agressões físicas, e mais de 60% a abusos econômicos ou à recusa dos familiares em darlhes proteção.

Outra sistematização importante, realizada por Costa e Chaves[8] a partir da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de Belo Horizonte, analisou 1388 casos registrados nos "Termos Circunstanciados de Ocorrência" (TCO) relativos aos idosos vítimas de violência no período de 1998 a 2001. Do total, 1007 (72,5%) das vítimas que deram queixa eram mulheres e 381 (27,5%) eram homens, reafirmando-se a tese de que, no Brasil e em muitas outras sociedades, elas são mais vitimizadas que seus companheiros. Dos agressores, os filhos correspondem a 45,3% do total, vindo a seguir companheiros e cônjuges, 15,4%, e noras e genros, 8,2%. Nos três anos analisados, os autores observaram, também, elevado percentual de denúncias de violências praticadas por vizinhos (12,2%), quase sempre relacionadas a questões econômicas como pagamento de aluguel. Mas há também muitas denúncias de violência sexual e de abusos econômicos. Wolf[37], em revisão de várias pesquisas canadenses, ressaltou que, em seu país, os abusos mais freqüentes são também os de origem financeira (12,5%), as agressões verbais (1,4%) e físicas (0,5%).

Todos os autores que tratam do tema evidenciam que a maioria das violências físicas cometidas pelos filhos está associada a alcoolismo: deles próprios ou dos pais idosos. Apesar de escassos, estudos nacionais e internacionais ressaltam que existe um perfil do abusador familiar: por ordem de freqüência costumam ser, os filhos homens mais que as filhas; as noras e os genros e, em terceiro, o cônjuge. Sanmartin e col.[29], numa amostra de 307 idosos espanhóis maltratados e acima de 70 anos, encontraram o mesmo perfil de agressores: 57% eram filhos e filhas; 23% eram genros e noras: 8%, um dos cônjuges. Anetzberger e col.[1] também evidenciaram como principais agressores filhos homens em 56,5% das ocorrências e filhos homens solteiros com idade menor que 49 anos em 78,3% dos casos, num estudo qualitativo realizado com abusadores e não-abusadores nos Estados Unidos.

A caracterização do *agressor* tem sido aprofundada por alguns investigadores brasileiros e estrangeiros que se perguntam pelas situações de risco que os idosos vivenciam nos lares. Menezes[18] encontrou os seguintes sinais de vulnerabilidade e risco:

- o agressor viver na mesma casa que a vítima;
- agressor ser um filho ou parente, dependente financeiramente do idoso de idade avançada;
- idoso ser dependente da família para sua manutenção e sobrevivência;
- idoso ou alguém da família ser viciado em álcool ou outras drogas;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- idoso ter ou manter, ao longo da vida, vínculos afetivos frouxos com os familiares;
- os familiares ou o idoso se isolarem socialmente;
- idoso ser ou ter sido uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares;
- idoso ou seus cuidadores terem história de violência intrafamiliar;
- os cuidadores serem ou terem sido vítimas de violência familiar, padecerem de depressão ou de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico.

Dentre todos os fatores de vulnerabilidade dos idosos, a maioria dos estudiosos ressalta a forte associação entre maus-tratos e dependência química. Segundo Anetzberger e col.[1], 50% dos abusadores entrevistados por seu grupo tinham problemas com bebidas alcoólicas. Esses autores e Chavez[7] assinalam que os agressores físicos e emocionais dos idosos costumam usar álcool ou outras drogas em uma proporção três vezes mais elevada que os que não praticam abuso.

Alguns pesquisadores vêm desmistificando a idéia de que os cuidadores familiares (entendendo-se aqui que nem todos os familiares ocupam o lugar de cuidador) seriam os mais previsíveis agressores e que as situações de maus-tratos e negligência por parte deles tenderiam a piorar com a multiplicidade de dependências do idoso e com o tempo exigido de atenção e dedicação.

Estudos de Kleinschimidit[13] e de Reay e Browne[27] constataram que o cuidador só se transforma em maltratante e abusador em determinadas circunstâncias: quando se isola socialmente; quando sofre de depressão ou problemas psiquiátricos; quando são frouxos os laços afetivos que o unem ao idoso; ou quando foi ou é vítima de violência praticada pela pessoa que agora depende de seus cuidados.

Dizem Williamson e Schaffer[36] que a qualidade da relação pré-enfermidade ou anterior ao estado de dependência do idoso é o principal fator que determina a forma positiva ou negativa com que é ele tratado pelo cuidador. Ou seja, nos casos de relações pregressas violentas e conflituosas, a tarefa de cuidar pode se tornar um castigo e ser preditiva de estados de depressão e de possíveis comportamentos violentos. Mas, apesar de ser estressante, o cuidado pode ser considerado um ato de dedicação amorosa, quando no decorrer da vida houve uma interação afetuosa e respeitosa entre o idoso e seu familiar.

Todas as investigações mostram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens; diferentemente, na rua eles são as vítimas preferenciais. Em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. Como resultado dos abusos e maus-tratos, muitos idosos passam a sentir depressão, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações que os vitimam, e vivem em desesperança.

Considerações Finais

Toda reflexão apresentada neste texto visou a mostrar o avesso dos direitos. Minha intenção não foi enfatizar fatos, atitudes e sentimentos negativos, mas dar visibilidade às formas de violência que estão submersas e naturalizadas para que possamos superá-las. Ninguém duvida que o Estatuto do Idoso é um excelente dispositivo legal, por meio do qual a sociedade dá um passo decisivo no reconhecimento da cidadania desse grupo social, do seu protagonismo e de suas contribuições passada e atual. Ao aprovar o Estatuto do Idoso, os brasileiros redefiniram o lugar das pessoas acima de 60 anos no ciclo da vida comunitária, chamando-as a se integrarem na esfera política, no mundo do trabalho, na produção da cultura e da vida social. Está dito que o envelhecimento é um direito personalíssimo e que aos idosos estão assegurados respeito, liberdade e dignidade. O Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa aprofunda e focaliza as diretrizes para atuação do poder público nos casos de abusos, maus-tratos e negligência responsáveis por provocar-lhes morte, lesões, traumas e muito sofrimento físico e emocional. O documento da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde. também prevê ações concretas do setor para a proteção e a prevenção dos abusos contra os idosos no país. Algumas estratégias de proteção também estão sendo implantadas: Conselho Nacional, Conselhos Locais de Direitos dos Idosos, SOS-Idoso; Ligue-Idoso e muitas outras mais. São iniciativas práticas e pontuais que podem se replicar. Assim podemos concluir que existem hoje suficientes dispositivos legais e normativos para o enfrentamento da violência contra o idoso.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No entanto, existe uma imensa distância entre as leis e portarias e sua implementação no Brasil. O país que prevê generosidade com seus velhos tem problemas com a prática: na destinação de recursos, na disponibilização de equipamentos e na construção de instrumentos concretos de atuação. Isso dificulta a responsabilização dos diferentes atores no enfrentamento das violências estruturais, institucionais e sociais de que eles são vítimas.

Por isso é preciso agir e contar tanto com o protagonismo dos idosos e de suas organizações, como com o avanço da consciência social e a indução de serviços públicos e privados (sobretudo públicos, tendo em conta que mais de 75% dos idosos ganham abaixo de três salários mínimos). Seguem, para encerrar, algumas importantes iniciativas que poderíamos implementar, impulsionando a superação da vitimização dos idosos.

- Que os gestores públicos intensifiquem a divulgação do Estatuto do Idoso de forma compreensível à população em geral, sobretudo pela mídia.
- Que os gestores públicos e a sociedade civil implantem mecanismos de denúncia contra violência a exemplo das diversas formas de SOS. Mas também construam mecanismos de encaminhamento e de solução dos problemas. De nada adiantaria acumular denúncias que, no máximo, dariam visibilidade ao problema, sem implantar serviços que pudessem responder aos apelos e às necessidades de proteção.
- Que o os órgãos competentes concretizem um sistema de credibilidade e de fiscalização das instituições de longa permanência (de convivência ou clínicas). Embora seja pequeno o número de idosos que recorrem a essas instituições (cerca de 2% dos idosos), nelas ocorrem graves violências.
- Sendo os *acidentes e a violência no trânsito* a primeira causa externa específica de morte nesse grupo etário, que os gestores públicos tratem como elevada prioridade a alteração, em favor dos idosos, dos dispositivos e sinais nas ruas e nas travessias nas cidades. É de extrema importância, promover campanhas educativas, incluir conteúdos sobre os direitos dos idosos nas escolas de formação de motoristas, mobilizar empresários do setor e punir agressores, institucionais e individuais que os desrespeitam e os penalizam nos transportes públicos.
- Sendo as *quedas* a primeira causa externa específica de internação de idosos e tendo em conta que se associam a vários fatores, dentre eles fragilidade e enfermidades físicas, negligência e abusos é preciso dar prioridade a esse assunto nas propostas de prevenção e promoção da saúde. É preciso educar e sensibilizar motoristas e pedestres para as dificuldades que os idosos apresentam por causa de seus movimentos mais lentos, de seus problemas visuais e de audição, dentre outros. Mas, levando em conta que a maioria das *quedas* ocorre nos lares, no trajeto da cama para o banheiro, e em menores proporções nas outras dependências, o ambiente familiar deve ser um foco de atenção prioritário também. Existem materiais e dispositivos específicos que as famílias precisam conhecer e que as indústrias de construção civil, a partir de agora, terão de levar em conta: pisos antiderrapantes, retirada de tapetes ou colocação fixação ao assoalho, iluminação adequada, dispositivos de apoio nos banheiros e em outros locais das casas onde os mais velhos circulam.
- É importante criar no setor de saúde a consciência da urgência que um idoso requer na prestação de serviços. Seja na atenção primária, seja nas emergências, nas áreas de tratamento e de reabilitação, a lei da prioridade precisa ser respeitada. As freqüentes queixas de marcação de consultas com três a seis meses de intervalo para enfermidades que os acometem de forma crônica é inconcebível, dependendo da gravidade. A maioria desses cidadãos não tem condições financeiras de optar por outras alternativas.
- No caso dos atendimentos clínicos do setor de saúde aos agravos produzidos pelos acidentes e pela violência que afetam os idosos é preciso mais envolvimento dos profissionais, indo além das queixas físicas. A lógica que define o não-envolvimento costumeiro vem da consideração dos maus-tratos como problema do âmbito privado da família ou, quando muito, da segurança pública; portanto, fora da competência da medicina, como mostram Hirsch e Loewy[11] em um texto que ensina reconhecer sinais, dizendo que é preciso prestar atenção à aparência do idoso; ao fato de procurarem seguidamente os cuidados médicos para o mesmo diagnóstico; às suas repetidas ausências a consultas agendadas; aos sinais físicos suspeitos; e às ex-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

plicações improváveis de familiares para determinadas lesões e traumas. Esses autores concluem recomendando monitoramento mais cuidadoso, visitas domiciliáres periódicas e até denúncias às autoridades competentes.

- Pelo fato de a família ser, no Brasil e no mundo, o *locus* privilegiado de moradia e de cuidado dos idosos de todas as classes sociais, é preciso investir muito na sua competência para abrigá-los com respeito e dignidade, respeitá-los e protegê-los. Embora possa parecer obvio à primeira vista, essa não é uma tarefa natural. Prova das dificuldades é o fato de que é nesse espaço que ocorre a maioria das violências físicas, psicológicas, econômicas e sexuais. Todas as formas de abuso, principalmente os econômicos (os campeões das queixas), precisam ser coibidos e, para isso, as instâncias públicas necessitam se equipar e ter capacidade de dar respostas.
- Não apenas os aspectos negativos devem ser focalizados. Na medida em que a maioria dos idosos brasileiros é pobre, vivendo em famílias pobres, a universalização dos auxílios pecuniários e a instituição de serviços sociais e de saúde que atinjam os domicílios precisam ser, desde já, tratadas como ações prioritárias dos governos. No caso das famílias com idosos dependentes e enfermos, o setor de saúde está devendo ao país uma ação eficiente e eficaz de formação e de apoio a cuidadores, para que esses, sobretudo os das famílias de baixa renda, não sucumbam ou cometam violêncialevados pelo desespero da falta de recursos técnicos e financeiros que a prática do cuidado lhes exige.
- Como prevê o Estatuto, todas as formas de aumentar o respeito, todas as políticas públicas voltadas para a proteção, o cuidado e a qualidade de vida precisam considerar a participação dos idosos, grupo social que desponta como ator fundamental na trama das organizações sociais do século XXI.

Ricos ou pobres, ativos ou com algum tipo de dependência, muitos idosos sustentam famílias, dirigem instituições e movimentam um grande mercado de serviços que vai do turismo ao lazer, da cultura aos produtos farmacêuticos ou estéticos e à assistência médica e social. Amar, respeitar e contar com eles é requisito imprescindível de qualquer sociedade inclusiva e saudável.

Referências Bibliográficas

1. Anetzberger GJ, Korbin JE Austin C. Alcoholism and elder abuse. Interpers Violence; 1994; 2: 184.
2. Baker AA. Granny-battered. Modern Geriatrics; 1975; 3: 20.
3. Bernal AM, Gutierrez JB. Malos tratos en personas mayores: marco ético. Madrid: Imsalud; 2004.
4. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Plano de ação de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.842 de 1004: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MS; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: MS; 2001.
7. Chavez N. Violence against elderly. Disponível em http/www.health. org/referrals/resguides.asp (acessado em 22/10/2002.)
8. Costa PL, Chaves PGS. A vivência afetiva e a violência doméstica contra idosos. Belo Horizonte: [s.n.]; 2003 (mimeo).
9. Debvert G. A reinvenção da velhice. São Paulo: EDUSP; 1999.
10. Guerra HL, Barreto SM, Uchoa E. et al. A morte dos idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. Cad Saúde Publ; 2000; 165: 545.
11. Hirch CH, Loewy R. The mangement of elder mistreatment: the physicians' role. Wien Klin Wichenschr; 2001; 10: 384.
12. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. O idoso em perigo. Disponível em http//www.Ibccrim.org.br/upload/núcleos/7.pdf (acessado em 08/02/2004).
13. Kleinschimid TKC. Elder abuse: a review. Ann Emerg Med; 1997; 4: 463.
14. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L, Uchoal E. Situação sócio-econômica e saúde entre brasileiros idosos em comparação com os mais jovens. Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil. Vol. 1. Ouro Preto: CpRR; 2002. p. 49-69.
15. Machado L. Vozes ignoradas: percepções sobre violência contra idosos. Workshop on Social and Gender Inegualities in Health Among the Elderly in Brazil. Vol. 1. Ouro Preto: CpRR; 2002. p. 97-102.
16. Machado L, Gomes R, Xavier O. Meninos do passado. Inteligência; 2001; 15: 37.
17. Machado L, Queiroz Z, Figueiredo S, Guelman C. Elder abuse: a new challenge in Brazil. Abstract of the World Congress on Gerontology. Adelaide; 1997.
18. Menezes MR. Da violência revekada à violência silenciada. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
19. Minayo MCS. Prevenção de acidentes e violências contra idosos: uma meta necessária. In: Workshop on Social and Gender Inequalities in Health Among the Elderly in Brazil. Vol. 1. Ouro Preto: CpRR; 2002. p. 103-110.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

20. Minayo MCS, Coimbra Junior CE. Antropologia, envelhecimento e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
21. Minayo MCS, Souza ER. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: Minayo MCS, Souza ER (orgs.). Violência sobre o olhar da saúde: a política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 223-242.
22. Organização das Nações Unidas: Plano de ação internacional sobre o envelhecimento. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.
23. Ortmann C, Fechner G, Bajanowski T, Brinkman B. Fatal neglect of elderly. J Leg Med; 2001; 3: 191.
24. Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Bitondo DC. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of statewide data base. Am J Geriatr Soc; 2001; 25: 45.
25. Payne FJ et al. Falls among the elderly: a Community Preventio Program. Am J Publ Health; 1992; 6: 892.
26. Ramos LR. Envelhecimento populacional: um desafio para o envelhecimento em saúde. Workshop on Social and Gender Inequalities in Health Among the Elderly in Brazil. Vol. 1. Ouro Preto: CpRR; 2002. p. 85-95.
27. Reay AM, Browne KD. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. Aging Ment Health; 2001; 1: 56.
28. Riffiotis T. O ciclo vital contemplado: a dinâmica so sistemas etários em sociedades Negro-africanas. In: Lins-Barros M (org.). Velhice ou terceira idade, estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000. p. 27.
29. Sanmartin R, Tirner A, Marti N et al. Violência doméstica: prevalência de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria 2001; 5: 331.
30. Sijuwade PO. Cross-cultural perspective on elder abuse as a family dilemma. Soc Behav Pers; 1995; 3: 247.
31. Silva JE. Disputa por bens gera violência a idoso. Disponível em http//na.uol.com.br/ 2000/set/12/0.pai.htm (acessado em 05/02/2004).
32. Souza ER, Fortuna FFP, Pereira MC, Silva CMFP. Extremo da vida sob a mira da violência da violência: mortalidade de idosos no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 223.
33. Souza ER, Minayo MCS, Silva CM, Reis AC. Mortalidade por causas externas em idosos no Brasil, estados e regiões metropolitanas. Boletim CLAVES/CENEPI; 2001.
34. Souza ER, Minayo MCS, Ximenes LF, Deslandes SF. O idoso sob o olhar domoutro. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CE (orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 191.
35. Vera RP. País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
36. Willianson GM, Schaffer DR. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now – the family relationship in late life project. Psychol Aging; 2001; 2: 217.
37. Wolf RS. Maltrato en ancianos. In: Anzola-Peres E (org.). Atención de los ancianos: un desafio para los noventa. Washington, D.C.: OPAS; 1995. p. 35.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

16 Aspectos Antropológicos do Envelhecimento

Elisabeth Mercadante

Introdução

Analisar o processo de envelhecimento e a etapa relativa à velhice, questões hoje estruturais e estruturantes,da sociedade apontam para a compreensão de uma totalidade que é complexa. Pensar a totalidade implica levar em conta uma análise do todo, que não se constitui de forma simples e, assim, não se explica pela soma das partes, mas significa mais do que isso. É E. Morin[4] quem explica:

"O todo, portanto, é mais que a soma das partes. Mas, ao mesmo tempo, é menor que a soma das partes, porque a organização de um todo impõe construções e inibições às partes que o formam, que já não têm tal liberdade".

A totalidade na perspectiva da complexidade demonstra que nunca se terá o conhecimento total e que não há possibilidade de escapar da dúvida e da ambigüidade.

Abordar, da perspectiva antropológica, a questão do envelhecimento humano, recobre um grande conjunto de temas complexos que são objeto de estudo da Antropologia.

Neste texto, pretende-se analisar um desses temas, a saber: *o conceito de cultura*. Assim, avaliar-se-á, primeiramente, a cultura como possibilitadora da distinção e conseqüente compreensão da velhice como fenômeno biológico e/ou cultural e, em segundo lugar, como este mesmo conceito – cultura –, na perspectiva aberta pela Antropologia Interpretativa, cria a possibilidade de analisar e descobrir o conjunto de significados elaborados pelos grupos humanos e pelas sociedades sobre o velho e a velhice.

Velhice: Fenômeno Natural e Cultural

A distinção entre o natural e o cultural ocupou e continua a ocupar um lugar importante nas discussões antropológicas. Essa distinção focalizou, principalmente, a idéia de o homem ter sido moldado pela cultura e não pelo instinto.

O instinto está presente no comportamento animal, que é programado geneticamente para desenvolver da mesma forma, em qualquer tempo e em qualquer lugar, respostas instintivas idênticas diante de estímulos idênticos.

O comportamento cultural, específico do homem, ao contrário, varia culturalmente, tendo em vista os diversos momentos históricos e as diferentes sociedades. Assim, o homem, diferentemente do animal, não possui organização social, religião, arte, linguagem e pensamento que se desenvolva sem a intervenção da cultura. Na verdade, o homem é o que é — homem — pela cultura. Também, em outros termos, não se pode falar de cultura sem homens, e nem de homens sem cultura.

A Antropologia pensada por Lévi-Strauss[3], etnólogo francês contemporâneo, preocupado com a ques-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tão da natureza e da cultura, estabeleceu uma distinção lógica entre esses dois conceitos. Segundo ele: "A ausência de regra parece oferecer o critério mais seguro que permite distinguir um processo natural de um processo cultural." É também Lévi-Strauss[3] que, em outro momento, explica:

"Em toda parte onde se manifesta uma regra podemos ter certeza de estar numa etapa da cultura. Simetricamente, é fácil reconhecer no universal o critério da natureza. Por que aquilo que é constante em todos os homens escapa necessariamente ao domínio dos costumes, das técnicas e das instituições pelas quais seus grupos se diferenciam e se opõem. Na falta de análise real, os dois critérios, o da norma e o da universalidade, oferecem o princípio de uma análise ideal, que pode permitir — ao menos em certos casos e em certos limites — isolar os elementos naturais dos elementos culturais que intervêm nas sínteses de ordem mais complexa. Estabelecemos, pois, que tudo quanto é universal no homem depende da ordem da natureza e se caracteriza pela espontaneidade, e que tudo quanto está ligado à única norma pertence à cultura e apresenta os atributos do relativo e do particular."

Sintetizando: para Lévi-Strauss[3] a existência de uma regra — de comportamento, linguagem, magia, pensamento, arte etc. — evidencia o universo da cultura, o inverso do mundo da natureza.

Importa ainda aqui apontar, tendo em vista obter uma compreensão mais ampla do pensamento de Lévi-Strauss[3], que, preocupado com a passagem lógica do estado de natureza para o estado da cultura, ele afirma que tal passagem se dá pela regra universal do incesto. Assim, no dizer deste autor: "A proibição do incesto apresenta, sem o menor equívoco e indissoluvelmente reunidos, os dois caracteres nos quais reconhecemos os atributos contraditórios de duas ordens exclusivas, isto é, constituem uma regra, mas uma regra que, única entre todas as regras sociais, possui ao mesmo tempo caráter de universalidade."

Assim, o tabu do incesto apresenta "simultaneamente o caráter distintivo dos fatos da natureza e o caráter distintivo — teoricamente contraditório do precedente — dos fatos da cultura. A proibição do incesto possui ao mesmo tempo a universalidade das tendências e dos instintos e o caráter coercitivo das leis e das instituições."

Tendo em vista a distinção feita entre natureza e cultura, recoloca-se aqui, de maneira mais clara, a problemática da velhice como um fato natural e cultural.

Com certeza, a velhice é um fenômeno biológico: o organismo do ser idoso apresenta certas particularidades. Há no envelhecimento um sentido relativamente claro da noção de decadência no plano biológico. O organismo entra em declínio quando se reduzem suas probabilidades de subsistir. Simone de Beauvoir[1] explica: "O envelhecimento e, em seguida, a morte sobrevêm quando um determinado programa de crescimento e de maturação chega a seu termo." A velhice é um processo comum a todos os seres vivos. Há uma série de transformações que ocorrem no corpo do indivíduo que envelhece.

Ainda fundamentada no texto de Simone de Beauvoir[1], tem-se a descrição rica, obtida por uma observação perspicaz desta autora, sobre as transformações na aparência física e também sobre a decadência biológica do organismo do indivíduo que envelhece.

Assim, segundo Beauvoir[1]: "Os cabelos embranquecem e tornam-se mais ralos, também os pêlos embranquecem, embora proliferem em certos lugares — como por exemplo, no queixo das idosas. A pele se enruga em conseqüência da desidratação e da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente. Caem os dentes. A perda dos dentes provoca um encurtamento da parte inferior do rosto, de tal maneira que o nariz — que se alonga verticalmente por causa da atrofia de seus tecidos elásticos, aproxima-se do queixo. A proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores, enquanto se formam papos sob os olhos; o lábio superior mingua e o lóbulo da orelha aumenta. Também o esqueleto se modifica. A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam problemas de locomoção. O esqueleto sofre processo de osteoporose, isto é, a substância compacta do osso torna-se esponjosa e frágil, sendo este o motivo por que a fratura do colo do fêmur, que suporta o peso do corpo, é um acidente freqüente."

Em outro momento de seu texto, Beauvoir[1] explica: "Há involução dos rins, das glândulas digestivas e do fígado. Os órgãos dos sentidos são atingidos. O poder de acomodação diminui. A presbiopia é um fenômeno quase universal aos velhos; e a vista 'cansada' faz com que a capacidade de discriminação decline. Também diminui a audição, chegando freqüentemente até a surdez. O tato, o paladar e o olfato têm menos acuidade que outrora."

Embora a morte possa ocorrer em qualquer fase da vida, ela freqüentemente sucede à velhice. A morte é a finalização daqueles que atingiram a velhice, ou seja, dos que ultrapassaram as fases de crescimento, desenvolvimento e maturidade. Raramente, porém, a velhi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ce por si só acarreta morte sem que uma patologia intervenha. As chamadas mortes "naturais" – em oposição às mortes por acidentes – realmente são provenientes de um processo de deterioração orgânica.

Se a partir dos dados fornecidos pelas colocações precedentes explicita-se a velhice como um fato biológico, e portanto natural e universal, por outro lado, somente este fato é insuficiente para definir a velhice.

Se a identidade de velho, não se quer aqui negar, se define como um fenômeno biológico, define-se assim em parte e, com certeza, cai-se em uma postura equivocada ao se extrapolar essa parte, ou essa condição biológica, para explicar a totalidade – comportamentos, atitudes, pensamentos dos indivíduos. Em outros termos, erra-se ao priorizar a condição biológica como a conformadora do comportamento psicossocial do indivíduo. Sempre se é velho em algum lugar e em um determinado tempo histórico.

Simone de Beauvoir[1] complementa essa idéia quando explicita que "a velhice, como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história". "Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence."

Diz ainda Simone de Beauvoir[1]: "A sociedade destina ao velho seu lugar e seu papel levando em conta sua idiossincrasia individual: sua impotência, sua experiência; reciprocamente, o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele. Não basta, portanto, descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre todos os outros e é afetado por eles; é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la."

Em síntese, a partir de todos os elementos até agora avaliados, a velhice, para ser compreendida em sua totalidade e complexidade, deve ser analisada não somente como um fato biológico, mas também como um fato cultural.

Falar de cultura e fatos culturais imediatamente revela a idéia de fatos que se modificam. Assim, analisar a cultura implica simultaneamente analisá-la em sua constante dinâmica.

No que se refere à velhice como um fenômeno biológico, mas também cultural, é importante chamar a atenção que "ser velho" é um fenômeno que se altera no tempo e no espaço.

Assim, existir como velho hoje, na nossa sociedade, implica viver em uma relativa situação de discriminação social, no futuro esta situação poderá e deverá ser modificada, na medida em que passe a ser vista como constituída culturalmente e, por isso mesmo, mutável e dinâmica.

A Cultura como Análise de Significados

Fazer uma análise antropológica é levar em conta a complexidade, e implica no desenvolvimento de estudos que evitem respostas simples. Cabe ao antropólogo procurar a complexidade e ordená-la. Fazer uma análise antropológica da cultura significa interpretar os diversos significados criados pelos diferentes grupos humanos sobre vários temas. Neste trabalho, os significados que pretendemos descobrir dizem respeito aos temas velho e velhice.

O conceito de cultura do qual falamos é aquele que busca avaliar os significados. É, portanto um conceito essencialmente semiótico, defendido pela perspectiva hermenêutica da Antropologia, que tem como um dos seus maiores representantes o antropólogo Clifford Geertz[2]. Este autor propõe um conceito semiótico de cultura, pois acredita "como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumindo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado".

A proposta de Geertz[2] é que o antropólogo deve fazer uma etnografia e que esta, por sua vez, implica a realização de uma descrição densa. Tudo isso, nos termos do próprio autor, revela o seguinte:

"O ponto a enfocar agora é somente que a etnografia é uma descrição densa. O que o etnógrafo enfrenta, de fato — a não ser quando está seguindo as rotinas mais automatizadas de coletar dados — é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. E isto é verdade em todos os níveis de atividade no seu trabalho de campo, mesmo o mais rotineiro: entrevistar informantes, observar rituais, deduzir os termos de parentesco, traçar as linhas de propriedade, fazer o censo doméstico, escrever seu diário. Fazer a etnografia é como tentar ler (no sentido de 'construir uma leitura de') um manuscrito estranho, desbotado, cheio de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito ou não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios do comportamento modelado."

Enfatiza Geertz[2], em outro momento de seu texto: "A cultura consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidas, nos termos das quais as pessoas fazem certas coisas."

Resumindo o pensamento de Geertz[2], tem-se que a cultura não é um poder, alguma coisa à qual seja possível atribuir os acontecimentos sociais, as instituições, os comportamentos ou os processos. A cultura apresenta-se como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis. A cultura é um contexto no qual os acontecimentos, os comportamentos, as instituições e os processos podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade.

A Significação Cultural da Velhice

Na nossa sociedade, ser velho significa, na maioria das vezes, estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares, densamente valorizado, é aquele relativo ao sistema produtivo, o mundo do trabalho. Ser afastado do sistema produtivo define quase que inteiramente o "ser velho". O alijamento do extremamente valorizado mundo do produtivo espalha-se, criando barreiras impeditivas da participação do velho nas outras tantas e diversas dimensões da vida social.

Assim, a partir da argumentação precedente, uma primeira avaliação do significado de ser velho, na nossa cultura, deve, sem dúvida, levar em conta a análise do mundo econômico, do trabalho, das idéias de produtividade/improdutividade e de como esses mesmos elementos são simbolicamente constituídos para os sujeitos — velhos, não-velhos, homens, mulheres, de diferentes classes sociais etc. — que vivem nessa sociedade.

É importante apontar que uma amplicação do significado de produtor está sendo discutida e, cada vez mais, utilizada pelos profissionais, seja pelos que diretamente trabalham com o segmento idoso, seja por aqueles responsáveis pelo desenho de uma política social para este segmento. Esta ampliação significa não mais somente medir a produtividade econômica e, conseqüentemente definir o produtor a partir desse único critério, mas alargar o significado de produtor na direção das outras esferas da vida social, passando assim a classificar de modo a incluir o velho como "produtivo", "produtor social".

Outros significados aparecem ligados à idéia de velho quando se estuda a identidade social desses sujeitos. Certamente, a análise da construção das identidades sociais é um campo vasto e rico de possibilidades de desvendamento de significados criados pela nossa sociedade, ou setores da mesma, para explicar o que é, ou quem é o velho.

Na construção da identidade de velho evidencia-se a existência de um jogo de contrastes de identidades sociais, que aponta para o conjunto das mesmas formando um sistema e criando uma estratégia de diferenças. Partindo dessa concepção, tem-se clara a idéia de que a identidade do "eu" é construída pela oposição à identidade do "outro".

Assim, na nossa sociedade, a identidade de idoso se constrói pela contraposição à identidade de jovem e, como conseqüência, se tem também a contraposição das qualidades: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade como características típicas e geralmente imputadas aos jovens e as qualidades opostas a estas últimas presentes nos idosos.

Esses significados levantados sobre "velho" na nossa sociedade representam uma pequena amostra de um número muito maior de outros significados elaborados a respeito do sujeito idoso.

Não é objetivo deste texto esgotar os significados, mas mostrar as possibilidades que os pesquisadores possuem ao trabalhar com um conceito interpretativo de cultura para descobrir outros e mais outros significados. Vale lembrar que a Antropologia Interpretativa da Cultura, como proposta por Geertz[2]. tem entre as suas características aquela de ser incompleta. Assim, segundo Geertz[2], "a análise cultural é intrinsecamente incompleta e, o que é pior, quanto mais profunda, menos completa".

Para concluir este capítulo, gostaria de pedir desculpas ao leitor que, ao ler o título "Aspectos Antropológicos do Envelhecimento", esperou encontrar um estudo de Antropologia mais tradicional, clássico. Pensou em uma ou mais descrições afirmativas, também. Talvez, em um exaustivo levantamento de características pitorescas, exóticas, de existir como velho nas diferentes sociedades primitivas. Sem dúvida, isto é o que se espera e se encontra em um texto antropológico, mas este, propositadamente, fugiu à regra. Ao fazer isso, trabalhou com o conceito de cultura, apreendendo-o como uma categoria interpretativa, desvendando os significados culturais sobre "velho" e "velhice" que os "outros" — os não-velhos — atri-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

buem aos velhos, além de tentar descobrir outros significados, diferentes, atualmente ainda desconhecidos, que os velhos possuem a seu próprio respeito.

Se esta última possibilidade vier a ocorrer creio que o objetivo proposto por Geertz[2] torne-se realidade quando diz: "Na abordagem semiótica da cultura, o grande objetivo, ou o ponto global, é auxiliar-nos a ganhar acesso ao mundo conceitual no qual vivemos nossos sujeitos, de forma a podermos. num sentido um tanto mais amplo, conversar com eles".

Certamente que esta colocação do autor indica para o estabelecimento de diálogos de significados, que no presente caso remete a "velhos", "velhice", elaborados pelos não-velhos e pelos que se situam na categoria de velhos.

Sem dúvida alguma, as qualidades negam. As que neste texto já foram anteriormente apontadas, e que são imputadas aos idosos, eles próprios conhecem e sabem como, a partir delas, eles são classificados. Individualmente, porém, não aceitam essa classificação. Em outras palavras, se por um lado os idosos partilham da ideologia geral da sociedade sobre a velhice, por outro, pessoalmente, não se incluem no modelo, mas o conhecimento da sua existência implica o acionamento do mecanismo característico da construção da identidade social de que o velho não sou "eu" mas é o "outro". Quando este mecanismo é acionado, as diferenças pessoais surgem e imediatamente se contrapõem à categoria genérica de velho.

O fato de não se sentir incluído no modelo ideológico de velhice, indica que uma parte do longo caminho começou a ser trilhada pelos indivíduos idosos. Para que se percorra toda a estrada para mudar a concepção negativa de velhice supõe-se como fundamental, mais do que diálogos, mais do que a troca de significados, tanto os guardados, quanto as novas concepções simbólicas, elaboradas pelos velhos sobre si mesmos, que se crie a possibilidade de o velho, concretamente, tornar-se sujeito do seu próprio destino.

Referências Bibliográficas

1. Beauvoir S. Velhice e biologia, In: A velhice. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
2. Geertz C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
3. Lévi-Strauss C. Natureza e cultura. In: As estruturas elementares do parentesco. Petrópolis: Vozes; São Paulo: Edusp; 1976.
4. Morin E. Epistemologia da complexidade. In: Schnitman DF (org.). Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 280

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

17 O Idoso e a Família

Luiz Eugênio Garcez Leme

Introdução

A família pode, com precisão, ser considerada o hábitat da pessoa humana.

Na família, efetivamente, somos mais naturais, mais descontraídos, reconhecidos, sem máscaras sociais, pelos nossos defeitos e pelas nossas qualidades. Na família não somos doutores ou professores, chefes ou subordinados. Somos a mamãe, a vovó, a Mariazinha, o papai etc., conhecidos não pela eficiência com que lecionamos, administramos a fábrica ou fazemos a limpeza, mas talvez porque roncamos, ou porque gostamos de jogar futebol. É realmente o ambiente "ecológico" do ser humano, o mais normal para a vida do mesmo. O gerontólogo, no contato cotidiano com a população idosa, pode confirmar de maneira inequívoca este conceito.

Nos extremos da vida, seja na primeira infância, seja na senectude, encontramos uma maior limitação social do indivíduo, que passa a depender, por vezes de maneira vital, da sociedade que o envolve e assiste. Como a base e a raiz da estrutura social é a família, pode-se inferir que o estudo do relacionamento do idoso com a família é de primordial importância no estudo das peculiaridades da vida e da saúde nesta fase.

A Família como Hábitat

Com efeito, o papel da família, importante em qualquer estágio da vida, torna-se particularmente relevante durante dois períodos polares: no período educativo propriamente dito, isto é, infância e adolescência, e, em outro pólo, na senectude. Em ambas as situações, a consideração do indivíduo como pessoa é a única forma de desenvolver, por um lado, e de manter, por outro, o equilíbrio afetivo e físico do ser humano, propiciando seu desenvolvimento harmônico e natural, valorizando todas as suas potencialidades de maneira global.

Atualmente, o conceito de hábitat ecológico tem se difundido grandemente. Quando consideramos a vida da pessoa humana, não se pode deixar de considerar que a família é, na verdade, seu hábitat natural; o local onde cada um é o que é, sem máscaras sociais. Na família nenhum de nós é chefe ou subordinado, professor ou aluno. Somos nós mesmos, conhecidos pelos apelidos familiares, despidos dos títulos, definidos e conhecidos por nossas qualidades e defeitos. Assim, tanto o educadores — pais, professores etc. — como o gerontólogo e os membros da família do idoso precisam compreender o papel da família e do idoso no processo de envelhecimento.

Na verdade, a população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, nos quais a família ampliada exercia importante papel. Particularmente na sociedade rural, a convivência com avós, tios e primos fazia parte do cotidiano; por outro lado, esta família ampliada, de alguma maneira provia as necessidades de apoio de saúde de seus membros.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Assim, o cuidado com os doentes da família era tarefa, como ponto de honra, dos próprios integrantes da família. Tal situação de valorização afetiva, efetiva e social da família, permaneceu e permanece de maneira nítida no consciente ou no subconsciente da grande maioria dos idosos.

A Família como Formadora de Estruturas Sociais

Hoje, esta compreensão é importante pois, há algumas décadas, certos setores prevêem o desaparecimento da família como estrutura válida para a sociedade do futuro.

Em uma conferência realizada em 1987 em Roma por ocasião do Congresso Internacional da Família, o professor Pedro Juan Villadrich[9] assim se manifestava:

"A base deste diagnóstico seria o seguinte: a família era imprescindível em sociedades do passado porque cumpria nelas importantes funções militares, políticas, econômicas, religiosas, educativas, sanitárias, de prestação de serviços e segurança social e, por excelência, era a única unidade reprodutora da espécie com caráter estável e institucional. Através da família se transmitiam profissões, funcionando como uma escola de artes e ofícios; os laços familiares foram suporte para alianças políticas, sociais, econômicas e culturais. Quase todos os serviços educativos, sanitários, de segurança social e assistenciais que hoje assume o Estado, com maior ou menor êxito, foram em alguma época executados pela família.

Nas sociedades avançadas modernas, um grande número de instituições, tanto privadas como governamentais, substitui a família nestas funções "históricas". O atual desenvolvimento tecnológico, que permite controlar artificialmente o processo reprodutor humano, terminou com a última das funções da família, a de ser uma unidade de reprodução aparentemente insubstituível. Não cumprindo nenhuma função, a família nas sociedades do futuro só poderá ser um anacronismo residual.

Este diagnóstico se esquece de um elemento verdadeiramente essencial: as funções aqui mencionadas não são verdadeiramente familiares, ainda que tenham sido desempenhadas pela família numa certa época histórica. Na realidade, a sociedade atual é o resultado da "gestação" prolongada pela célula básica que é a família, de tal modo que esta foi "formando" na sociedade estruturas capazes de arcar com funções que, num estágio primário de desenvolvimento, eram executadas pela família, da mesma forma que os pais alimentam, banham e movimentam os filhos bebês.

Portanto, cabe a pergunta: Qual a função verdadeiramente própria da família?

Ser família não é outra coisa que realizar o nascer, viver e morrer segundo aquelas exigências de amor radical, incondicional e devido, derivadas da dignidade pessoal de quem nasce, vive e morre."

Ao indivíduo que vai nascer, crescer e morrer precisamente como pessoa humana, exige como próprio da sua natureza e dignidade ser amado radicalmente e a título de justiça. Diferentemente de qualquer grupo ao qual possamos pertencer ao longo da vida — o município, a fábrica, o partido político, o clube de esportes, a associação recreativa, o grêmio profissional —, só em família valemos por sermos aquele *eu mesmo,* nus de qualquer qualificativo, irreplicáveis. Além disso, só em família valemos de modo incondicional, isto é, não só por sermos nós mesmos mas, inclusive, *apenas* por sermos nós mesmos, independentemente de utilidade ou rentabilidade social, política, econômica, profissional etc.

Estas considerações podem ser aprofundadas considerando a família sob o duplo aspecto de *centro de intimidade* e *centro de abertura,* particularizando os aspectos relevantes no trato do idoso.

A Família como Centro de Intimidade

Intimidade é o que no ser humano o define como pessoa. É o ambiente interno, no qual, ao tomar decisões livres e íntimas, cada um de nós escreve sua história de vida, única e irreplicável, no qual definimos nossa biografia, que junto à nossa biologia irão nos caracterizar como pessoas. Descobrir-se a si mesmo em sua dimensão pessoal requer conhecer-se cada vez melhor. Descobrir-se aos demais nesta mesma dimensão requer ser capaz de comunicar sua intimidade ao outro, transmitindo o seu "ser pessoa" ao ambiente, em outras palavras, personalizando-o.

O membro idoso da família e na família, seja a tia solteira ou viúva, os pais, os irmãos mais velhos etc., tem muito a contribuir com os demais membros da comunidade familiar, pois possui uma ampla história pessoal a oferecer ao ambiente, representando ainda a história da estrutura familiar em si, como grupo so-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cial. É, portanto, o principal portador daquilo que particulariza cada um como um ser biográfico e não apenas biológico.

Sua idade representa assim uma condição essencial para a particular contribuição que pode dar, e ele passa a ser valorizado exatamente na condição e porque é idoso. Sem dúvida, por outro lado, este sentir-se útil, não por um falso paternalismo, mas de uma forma natural, deve contribuir significativamente para o equilíbrio psíquico do indivíduo.

A Família como Centro de Abertura

Como centro de abertura entende-se a convivência, a resposta à necessidade que o ser humano tem de abrir-se aos demais para conseguir realizar-se. O idoso exige cuidados, tem costumes que se referem a outras épocas, "manias". A abertura, particularmente nos jovens, começa quando se reconhecem as diferenças entre as pessoas e se notam as suas necessidades. Neste particular, o membro mais idoso pode ser o motivador deste "olhar para fora" de si mesmo, essencial para o equilíbrio e a felicidade. Nem só a felicidade, no entanto, depende desta convivência intergeracional. Toda a perspectiva do desenvolvimento cultural de uma determinada época passa lentamente por esta convivência. Não é sem motivo que Ortega y Gasset define como motor da História "não a luta pelos meios de produção, mas a convivência entre gerações que são contemporâneas sem serem coetâneas".

A Família e a Saúde do Idoso

O contato com o idoso doente só será completo se pudermos ter em conta os aspectos da família do paciente, sua estrutura de inter-relacionamento, suas potencialidades, sua capacidade de atuar de maneira objetiva na proposta de estruturação de atenção à saúde do indivíduo considerado. Como o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, órgão da ONU, a caracteriza como o estado de bem-estar físico, psíquico e social, é fácil perceber que, para caracterizar idoso sadio e idoso doente, será imprescindível a caracterização de sua situação familiar, sem a qual nosso diagnóstico de saúde será grandemente empobrecido.

É, efetivamente, tênue a separação existente entre saúde e doença no indivíduo idoso. Seu diminuído limite funcional em múltiplos órgãos pode levá-lo a deficiências orgânicas só perceptíveis em condição de estresse. Assim, podemos considerar o idoso como portador de limitações orgânicas, ou seja, biológicas, inerentes à sua condição. Por outro lado, esta mesma condição geralmente leva a uma maior e mais rica experiência e história de vida, caracterizando uma maior riqueza biográfica. Dada a condição pessoal do homem, que é ao mesmo tempo um ser biológico e biográfico, poderíamos inferir sem grande margem de erro que a condição pessoal do idoso é tal que se apresenta com uma pobreza biológica e uma riqueza biográfica em relação aos indivíduos jovens (Fig. 17.1).

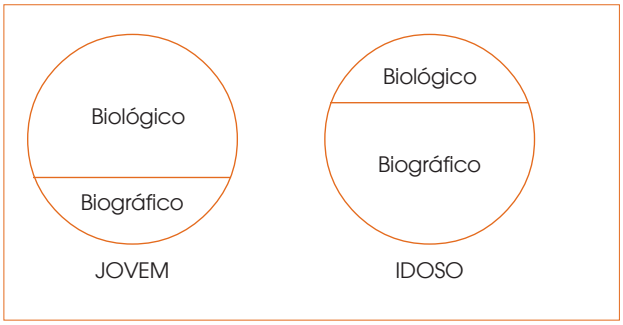


Fig. 17.1 Evolução etária de conteúdo biográfico/biológico.

É evidente que estas áreas da construção pessoal se inter-relacionam, interagindo uma sobre a outra. Assim, problemas ou opções biográficas podem interferir nas condições biológicas de um indivíduo, que é o que acontece, por exemplo, em muitos casos de doenças infecto-contagiosas como a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), por exemplo; por outro lado, limitações de natureza biológica podem dificultar ou limitar decisões biográficas.

Dentro deste equilíbrio dinâmico, no qual todos nos movemos, é possível identificar o idoso como um grupo de predomínio biográfico. Assim, se a equipe de saúde não valorizar os dados biográficos do paciente idoso estará ignorando a maioria de sua estrutura pessoal, cujo bem integral é o escopo do tratamento de saúde.

A Família como Elemento Diagnóstico

O paciente idoso freqüentemente apresenta uma multiplicidade de sintomas e sinais, que geralmente correspondem a uma multiplicidade de doenças. É comum que o diagnóstico correto de algumas síndromes geriátricas exija o conhecimento das condições

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de vida e moradia do paciente, para que o profissional de saúde possa chegar a um correto diagnóstico. Veja-se, por exemplo, o caso de pacientes com quadros de quedas repetidas, nos quais é indispensável o conhecimento das condições arquitetônicas do domicílio quanto a existência de tapetes, degraus, apoios, calçamentos, apoio familiar etc., ou o caso de pacientes com incontinência urinária ou fecal, cujo o conhecimento das condições de habitação, alimentação, sono etc. é necessário para o diagnóstico e programação terapêutica.

O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do paciente é, pois, para o gerontólogo, não um passatempo bizantino, mas um elemento indispensável em sua atividade diária.

É fato notório, em muitos países desenvolvidos, o paralelismo existente entre a geriatria e a medicina de família. É freqüente encontrarmos fortíssimos departamentos de medicina de família dentro de sociedades de geriatria e vice-versa, conforme podemos ver, por exemplo, nos Estados Unidos.

Tal realidade social reflete uma realidade mais profunda e pessoal dos idosos como dependentes da estrutura familiar, que representa, muitas vezes, seu mais efetivo vínculo com a saúde e a normalidade.

A Família como Elemento Terapêutico

A velhice carrega consigo uma queda geral da capacidade de adaptação. Tal situação, que ocorre de maneira objetiva nos diferentes sistemas orgânicos do paciente idoso, manifesta-se de maneira ainda mais evidente em suas características psicossociais. A queda da adaptação psíquica pode variar desde a incapacidade de aceitar ou administrar uma situação de catástrofe como a viuvez, a presença de sérios problemas financeiros etc. até a total incapacidade adaptativa, mesmo em situações simples como sair de casa para um passeio. Por outro lado, a queda de adaptação social pode se manifestar pela dificuldade de aceitação da mudança de ambientes, desde uma casa diferente até uma simples mudança nos móveis do quarto.

Paralelamente a esta diminuição da capacidade adaptativa do idoso às variações sociais observa-se um aumento de sua dependência do ambiente familiar, caracterizado pelo próprio paciente como um local de estabilidade e proteção. Nestas condições, o paciente aceitará muito melhor qualquer ação diagnóstica ou terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, que considere sua ligação ao ambiente doméstico, rejeitando muitas vezes as que não o fizerem. É, portanto, indispensável ao geriatra que queira ter um mínimo de sucesso diagnóstico e terapêutico considerar com atenção e critério as peculiaridades familiares de seu paciente, procurando adaptar às mesmas seus cuidados de saúde. Neste sentido, o conhecimento da arquitetura do domicílio, seus obstáculos ambientais, sua rotina de funcionamento de horários de trabalho, refeições etc., disponibilidade de apoio por parte de familiares, empregados ou agregados ao idoso não é um conhecimento ocioso, mas parte essencial da atenção à saúde.

Tal situação exigirá, por vezes, que o médico geriatra se desloque até o domicílio do doente, adapte seu esquema de posologia medicamentosa às reais possibilidades de horário daquela família, oriente mudanças arquitetônicas como a colocação de apoios, retirada de obstáculos, marcação de escadas etc., e tente orientar mudanças comportamentais aos diversos membros da família, conhecendo e procurando interferir para melhorar o ambiente familiar daquele paciente.

Como fator complicador desta situação, já por si complexa, a mudança do perfil social da família veio a descaracterizar algumas das possibilidades terapêuticas anteriormente existentes.

À família ampliada anteriormente existente sucedeu a hoje mais comum família nuclear, na qual convivem pais e filhos, sem lugar para a figura dos avós e colaterais. É evidente que, nestas condições, a assistência ao idoso pode se tornar extremamente difícil, podendo chegar a exigir mesmo a institucionalização do paciente que, de outro modo, não poderia ser adequadamente investigado ou tratado.

Diante desta realidade, o geriatra deve tentar manter, mesmo dentro da instituição, um ambiente familiar que permita ao paciente preservar seu autoconhecimento e critério. Poderá, por vezes, ser conveniente que o paciente tenha à vista seus objetos pessoais e mesmo peças de decoração de sua propriedade, dando àquele ambiente um toque familiar e acolhedor, facilitando o reconhecimento do mesmo e reduzindo, dentro das possibilidades, a rejeição do local.

Outro ponto que pode ser importante nas institucionalizações é a liberdade, dentro das possibilidades técnicas, dos horários de visitas aos pacientes, facili-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tando o acesso de familiares e estimulando o apoio dos mesmos ao paciente, inclusive com qualificação em cursos de treinamento de cuidadores informais.

Por fim, pode ser importante ao gerontólogo considerar a possibilidade de medidas intermediárias à institucionalização, como centros de convivência, centros dia, hospitais dia etc., tentando destarte manter ao máximo o paciente em contato com seu meio natural de vida: a família.

Os Cuidadores Informais

Conforme foi referido no Capítulo 10, estudos ingleses recentes demonstram que 95% de todos os cuidados prestados à saúde da população idosa são ministrados por cuidadores informais. Esse quadro é muito semelhante ao observado em nosso país. Embora não dispomos de dados estatísticos seguros, o contato diário com doentes idosos e com seus cuidadores demonstraram a veracidade dessa informação. Soma-se a isto o fato de que, diferentemente das condições socioeconômicas e da qualidade de atendimento prestado ao idoso na Inglaterra, a situação social de nossa população e a atenção à saúde da mesma podem ser, no mínimo, consideradas precárias. Esse contexto, obviamente, muito ruim, respalda a nossa impressão sobre o elevado número de cuidadores informais. Quem são estes cidadãos? Constituem uma legião de cônguges, filhos, filhas, noras, genros, sobrinhos, netos, membros de entidades paroquiais e de serviços, que se dispõem, sem uma formação de saúde, a dar aos doentes, sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como maior arma a disponibilidade e a boa vontade.

Os mais modernos conceitos terapêuticos em geriatria e gerontologia priorizam uma abordagem profissional destes cuidadores através de cursos de treinamento, informações continuadas, treinamento em serviço etc. Tais medidas, de baixíssimo custo, apresentam um brutal impacto sobre a saúde de cada idoso em si, e sobre a saúde da população idosa como um todo. Como o grande fornecedor do cuidador informal é, sem sombra de dúvida, o ambiente familiar, a avaliação deste ambiente passa também a ter importância prática na própria estruturação da terapêutica medicamentosa do paciente. Quem dará o remédio na hora certa? Quem poderá levar o paciente ao ambulatório ou laboratório? Quem poderá providenciar a fisioterapia ou os cuidados dietéticos necessários?

A desconsideração destas questões tornará a prescrição médica um mero exercício de técnica terapêutica, sem qualquer vínculo com a realidade, vínculo este que só poderá ser resgatado com um estudo aprofundado e prático da importância do grupo familiar na vida do paciente idoso.

A Família e a Investigação Gerontológica

Entre as principais características psicológicas do envelhecimento encontramos a tendência à depressão, freqüentemente desencadeada pela conscientização das perdas funcionais e sociais que a senectude carrega consigo. A aposentadoria é, por vezes, o estopim de grave crise existencial, com freqüência agravada, e muito, por uma situação familiar complexa e não preparada para receber, em tempo integral, aquele membro outrora profissionalmente ativo e apresentando, erro comum em nossos dias, uma dicotomia entre sua vida pessoal e sua vida profissional, que ao se desestruturar carrega consigo boa parte da auto-estima, componente primordial da higidez psíquica de todos nós.

A estruturação de cursos pré-aposentadoria, realidade presente há muitos anos em países desenvolvidos e atualmente em implantação entre nós, poderá minimizar em parte esta situação, mas para isto haverá que se levar em conta a situação familiar do paciente, sob o risco de, assim não agindo, estarmos destinados à mais inútil perda de tempo e de recursos.

O exemplo aqui citado já bastaria, por si só, para caracterizar a importância do estudo familiar na investigação gerontológica. Efetivamente é de se desejar que aqueles que se interessem pelo estudo do envelhecimento e de suas causas e conseqüências possam se aprofundar no estudo da família, hábitat da pessoa humana, para um melhor conhecimento do idoso como um todo pessoal.

Neste sentido, alguma dificuldade pode ser encontrada para uma formação acadêmica. Poucas universidades destinam recursos a este estudo. Exemplo ímpar é o da Universidade de Navarra, na Espanha, com um instituto inteiramente destinado ao estudo e à pesquisa da família como realidade natural, como instituição e como centro educacional. No Brasil, algumas iniciativas têm sido observadas; no entanto, a realidade da prática gerontológica certamente exigirá, para o futuro, a criação de centros de formação acadêmica em ciências da família.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As Síndromes de Insuficiência Familiar e o Idoso

Dada a importância da família como órgão de apoio e de saúde, conforme aqui ficou patente, a impossibilidade de o idoso dispor destes recursos poderá levá-lo a situações de morbidade significativa, seja sob o prisma físico, psíquico ou social. Uma série de complicações derivadas de insuficiências materiais, psicológicas ou afetivas do grupo familiar em relação ao paciente idoso poderá levá-lo a situações de agressão potencial ou efetiva, física ou psíquica que, independentemente de suas causas, foram por nós agrupadas sob o título de "síndromes de insuficiência familiar".

A Síndrome do Filho Único

Pode-se observar, atualmente, de maneira endêmica, a chamada síndrome do filho único. Com a progressiva diminuição do tamanho das famílias, é de se esperar que tal situação venha a se tornar uma verdadeira epidemia mundial nas próximas décadas. Nesta situação, na verdade, estamos diante de uma insuficiência familiar por impossibilidade física de seus membros prestarem a assistência necessária a seus idosos ou dependentes. É importante ressaltar que não se trata de uma verdadeira rejeição, mas de uma efetiva incapacidade numérica. A denominação síndrome do filho único deriva de sua apresentação mais comum, na qual um idoso doente, ou com alto grau de dependência em suas atividades de vida diária (AVD), depende de um(a) só filho(a), que, necessitando trabalhar, não pode dar a atenção em tempo integral que o caso exige. Tais pacientes, apesar de condições clínicas muitas vezes satisfatórias, acabam sendo institucionalizados, com todas as complicações que este procedimento implica, por motivos de ordem puramente social, por uma verdadeira insuficiência familiar.

Uma possibilidade que se coloca atualmente para estes pacientes é a utilização de centros dia, centros noite ou hospitais dia, nos quais o paciente é mantido parcialmente em uma instituição especializada, evitando destarte a ruptura total com seu ambiente familiar.

A Síndrome dos Maus-tratos ao Idoso

Nesta situação, diferentemente da anterior, existe um *animus* contrário ao idoso, da parte do(s) cuidador(es), levando à agressão física, verbal ou psíquica, seja por comissão ou omissão, e comprometendo a qualidade de vida do paciente. Estudos norte-americanos revelam que entre um e dois milhões de idosos naquele país sofrem maus-tratos a cada ano. Outro estudo, realizado em Boston, verificou a presença de maus-tratos em 3,2% da população acima dos 65 anos, distribuídos em abusos físicos (2,2%), agressão verbal (1,1%) e negligência (0,4%).

O estudo desta síndrome entre os idosos é relativamente recente e menos desenvolvido que o da síndrome dos maus-tratos na criança. Na verdade, sua descrição clínica sistemática não tem mais que 20 anos. Recentemente, uma revisão de literatura realizada por Lachs e Pillemer[4], nos Estados Unidos, encontrou em cinco anos de literatura 26 artigos sobre abusos em idosos, dos quais apenas quatro continham dados originais. Neste mesmo período foram publicados 248 artigos sobre maus-tratos a crianças.

Que atitudes poderiam estar incluídas entre os maus-tratos a idosos? A maior parte das classificações costuma incluir as *agressões físicas,* definidas como *atos realizados com a intenção de causar dor física ou ferimentos,* como tapas, beliscões, contusões, queimaduras etc., e que podem chegar a extremos como fraturas e lesões orgânicas graves; as *agressões psíquicas ou emocionais,* definidas como *atos realizados com a intenção de causar desconforto emocional ou psíquico,* como insultos habituais, humilhações, tratamento infantilizado etc.; a *exploração material,* definida como *a apropriação indevida de dinheiro, bens ou propriedades,* como, por exemplo, pensões ou aposentadorias, forçar mudanças de testamento, assinatura de procurações ou outros documentos legais etc., e, finalmente, a *negligência,* definida como *a incapacidade de um designado cuidador fornecer os cuidados necessários a uma pessoa idosa dependente*. Nesta condição, ainda podemos distinguir duas situações: a *negligência voluntária,* na qual a carência de cuidados se dá como meio de agressão ou de punição do paciente, e a *negligência involuntária,* na qual existe uma real incapacidade do cuidador de prestar sua atenção, seja por ignorância ou por verdadeira incapacidade física, como ocorre, por exemplo, na síndrome do filho único (Tabela 17.1).

Qual o perfil do agressor do paciente idoso? Em dois terços dos casos americanos encontramos como agressor o cônjuge, sendo, ao contrário do que se poderia imaginar, o homem vítima mais freqüente de agressão conjugal do que a mulher, vindo a seguir os filhos adultos e, em muito menor proporção, os cuidadores profissionais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 17.1 Insuficiência Familiar no Idoso

I. Insuficiência de recursos sociais
- Síndrome do filho único
- Carência de recursos materiais

II. Rejeição social
- Agressão física
- Agressão psíquica ou afetiva
- Exploração material
- Negligência
  - — Voluntária
  - — Involuntária por ignorância por incapacidade

Este curioso porcentual nos coloca à frente da situação de estresse intenso em que vivem muitos familiares de idosos com alta dependência nas AVD.

Não é sem motivo que se fala no cuidador como sendo o "doente oculto", levado, muitas vezes, a situações de desequilíbrio psíquico mais graves, em si, que a própria doença do idoso. Investigar a condição psíquica do cuidador do paciente é, pois, necessidade básica da equipe de saúde que precise investigar paciente crônico, mormente se a possibilidade de maus-tratos vier a fazer parte do diagnóstico diferencial.

Diversos fatores de risco podem ser relacionados como predisponentes à síndrome de maus-tratos no idoso (Tabela 17.2).

Pode-se assim observar que a situação de maus-tratos a paciente idoso ainda se encontra seguramente subdimensionada e subdiagnosticada, principalmente em nosso meio. Tê-la em mente será o primeiro passo para um adequado apoio da equipe de saúde ao paciente com a síndrome da insuficiência familiar.

Em suma, podemos observar no paciente idoso uma dependência familiar que o torna particularmente suscetível a mudanças e alterações em seu hábitat. Conhecer a família é, de alguma maneira, conhecer o passado e o presente do idoso e, assim, poder projetar um futuro mais digno num ambiente de amoroso cuidado. Não é sem razão que o grande místico e pensador espanhol do século XVI São João da Cruz escreveu: "Onde não houver amor, põe amor e acharás amor."[6]

Tabela 17.2 Fatores de Risco para Maus-tratos em Idosos*

Fator
I. Do idoso • Doença e queda funcional do idoso • Alteração cognitiva do idoso
II. Do cuidador • Toxicodependência ou psicopatia • Dependência material da vítima
III. Do ambiente • Viver em conjunto • Fatores externos • Isolamento social • História de violência • Mecanismo • Menor chance de defender-se • Agressividade do paciente gerando revide • Piora de comportamento normalmente agressivo • Tentativa de forçar a obtenção de recursos • Aumento da oportunidade e chance de conflito • Perdas materiais por diminuição da resistência • Diminuição da chance de ser notada • Tendência a agressão em ambientes violentos

**Adaptada de Lachs e Pillemer[4].*

Referências Bibliográficas

1. Carvalho MC et al. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC; 1995.
2. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: EDUSP; 1999.
3. Goldbloom R et al. Periodic health examination, 1994 update: 4 Secondary prevention of abuse and mistreatment.
4. Lachs MS. & Pillemer K. Abuse and neglect in eiderly persons. N Engl J Med; 1995; 332:437.
5. Salvarezza L. El trabajo com las famílias en la clínica psicogeriatrica. In: Psicogeriatria: Teoria e Clinica. Buenos Aires: Pardos; 1993.
6. São João da Cruz. Obras completas. São Paulo: Vozes,1991.
7. Suarez L. Grandes interpretaciones de la história. Pamplona: Editora de la Universidad de Navarra; 1985.
8. Villadrich PJ. A agonia do casamento legal. Braga: Edições Theológica; 1976.
9. Villadrich PJ. Conferência "O relacionamento conjugal". In: Anais do Congresso Internacional da Família em Roma; 1987.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

18 O Idoso na Família: Expansão de Possibilidades ou Retração?

Ruth Gelehrter da Costa Lopes
Sila Zugman Calderoni

Os processos educacionais de mudanças baseiam-se na repetição e no longo prazo. O que uma criança não recebe raramente poderá oferecer mais tarde.

W. James

Introdução

As mudanças das últimas décadas, fazem com que não saibamos exatamente o que é uma família: convivemos com modelos ideais enquanto vemos a fragmentação progressiva do modelo nuclear: mãe, pai, filhos. Debruçarmos-nos sobre a organização familiar contemporânea visa a apreender as relações que perpassam essa rede de convivência. Apesar de a vida familiar continuar tendo valor social, os papéis domésticos tornam-se conflituosos a partir do momento em que não há espaço para a dimensão individual, atributo supervalorizado no mundo contemporâneo. A questão atual é como compatibilizar a individualidade e a reciprocidade familiar. Vivemos um tempo repleto de alternativas e ao mesmo tempo normativo; os papéis não-rigidamente preestabelecidos são objetos de constantes negociações, na busca da construção de uma nova lógica simbólica. Ter ou poder escolher desencadeia a angústia, expondo a individualidade dos sujeitos. Ao perdermos aquilo em que investíamos surge a necessidade da reorganização da intimidade pessoal, familiar e social. O limite entre o que é pertencente ao domínio público e o que cabe ao privado fica em suspenso. Assim, a questão *quem deve cuidar dos velhos?* se coloca de maneira dramática para os familiares.

A reflexão sobre a complexidade da família atual e o reconhecimento da sua importância no apoio à velhice, visa a contribuir na formação de profissionais que venham a interferir nas políticas de saúde no sentido de colaborar na difícil articulação de demandas individuais, organização familiar e suportes institucionais.

O envelhecimento de nossa população é hoje um fato importante e significativo, impondo-se à investigação e análise de amplos setores da sociedade. Acreditamos que isso não deve ser atribuído só aos altos índices demográficos que apontam para o crescimento deste segmento etário, mas muito mais à sensibilidade da sociedade para este fenômeno contemporâneo. Afinal, de que adianta dar mais anos à vida, se não dermos mais vida aos anos?

Tratar de aspectos que envolvem o envelhecimento sinaliza para a visibilidade que o tema vem conquistando.

Tememos ficar velhos. Apesar de cada vez mais se apregoar a "boa velhice", exemplificada por figuras públicas poderosas e sábias, o "velho denegrido" faz parte do nosso cotidiano e povoa assustadoramente nosso imaginário.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O conhecimento do processo de envelhecimento pode engendrar o resgate de um discurso e uma prática realista e verdadeiramente amorosa.

O Processo de Envelhecimento

Se pudermos entender o que se passa com a pessoa que se torna idosa, fica mais fácil conviver com ela e ajudá-la.

Não é de uma hora para outra que a pessoa se torna idosa. As estruturas psíquicas se constituem no início da vida e acompanham o indivíduo por toda a sua existência. Os princípios e os mecanismos são os mesmos para todos, mas a forma de percorrê-los é singular. Depende de como a experiência é elaborada anteriormente. Cada acontecimento atual é integrado às experiências anteriores, o que dá um sentido único a cada vivência.

Ao envelhecer, o indivíduo é forçado a se deparar com alterações físicas e psicológicas em si próprio, e também com mudanças nas suas possibilidades de atuação no mundo, especialmente no que se refere ao seu lugar na estrutura familiar e social.

Nesta etapa da vida ocorrem perdas típicas, relativas à capacidade física, ao rompimento com o mundo do trabalho remunerado e ao afastamento de entes queridos.

Vivemos numa sociedade que valoriza a beleza, a produtividade e o consumo. Que olhar esta sociedade dirige ao idoso? Que lugar lhe reserva?

A psicopatologia do idoso está relacionada a uma estrutura patológica prévia, uma história de vida anterior. Não é o passar do tempo que cria a doença psíquica.

Se a personalidade do indivíduo foi bem constituída, terá recursos internos para se diferenciar e não sucumbir diante do olhar que a sociedade lhe dirige ao envelhecer e diante das transformações que afetam a vida que avança pelo tempo. Ele poderá, então, acreditar em si e ter uma vida interior que o conduza a encontrar gratificação consigo mesmo, com o outro e com sua atuação no mundo. Vai conseguir preservar sua independência e encontrar possibilidades de atuação produtiva, mesmo na longevidade, mantendo com sua família os padrões vivenciados anteriormente.

Por outro lado, se desde o início da vida forem fixadas vivências emocionais traumáticas e relações de pouca afetividade, os alicerces de seu mundo psíquico ficarão timbrados por sensações de insegurança, sentimentos de medo, baixa auto-estima, intolerância às frustrações e hostilidades voltadas contra si e contra o outro, que pode, inclusive, ser erroneamente avaliado como objeto persecutório ou pouco acolhedor. É por esta razão que muitas vezes encontramos situações onde o idoso agride justamente quem mais cuida dele, quem mais ama, dificultando muito sua inserção no contexto familiar.

No caminhar da vida, tenta-se sempre encontrar o olhar de aprovação do outro, tanto familiar quanto o reconhecimento na sociedade mais ampla. A representação social da velhice causa um forte impacto sobre a pessoa que envelhece e exerce pressão para sua exclusão da vida social com conseqüências danosas também para sua vida familiar.

Sucumbindo à influência de todos estes fatores, a tendência é a do idoso se isolar, cortar vínculos, deprimir-se, adoecer, perder o sentido de viver.

Como elaborar tantos lutos solitariamente?

Quando ocorre uma perda importante na vida do indivíduo, a energia psíquica que estava colocada naquele lugar é recolhida e as ligações com os demais focos de interesse ficam perturbadas e tornam-se efêmeras. É um momento de fragilização do ego e de grande recolhimento. O enfoque libidinal fica na perda.

Para que haja a elaboração deste luto é necessário que se retomem os demais aspectos de interesse e que se abra espaço para aquisições.

Se a perda for elaborada, surge espaço para novas relações que podem agir como ente unificador dos significados internos, o qual irá substituir e diversificar o que foi perdido.

No luto patológico, ocorre a manutenção da energia psíquica no objeto perdido. Não há retorno ou satisfação para o ego. A energia é direcionada para o vazio, para o ausente, e passa a ser desinvestida dos demais interesses aos quais a pessoa estava ligada. A perda não elaborada pode levar à depressão ou à melancolia, que é um estado grave e de intenso sofrimento psíquico.

A involução da imagem narcísica do corpo e a perda de objetos com investimentos libidinais representativos (morte de um ente querido, aposentadoria etc.) afetam a imagem que se tem de si e exigem uma reorganização das relações e vínculos externos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O Idoso e a Longevidade

A velhice é uma etapa vital que, atualmente, vem sendo prolongada, chegando a durar muitos anos (25, 30 anos) e que deve, portanto, ter um compromisso com qualidade de vida. A idade cronológica é apenas um referencial. O que importa é a maneira como a pessoa vive.

Quais são os desafios que a longevidade traz para o idoso e que cuidados e atitudes são requeridas? Seguem alguns:

- aprender a lidar com a perda das capacidades orgânicas e, portanto, com as dificuldades para enfrentar tarefas da rotina do dia-a-dia;
- manter-se atento às questões ligadas à saúde e buscar ajuda de especialistas sempre que necessário;
- praticar exercícios físicos adequados à própria condição;
- alimentar-se adequadamente;
- cuidar das capacidades cognitivas (por exemplo, exercitar memória e raciocínio)
- aprender a usar o tempo livre, antes um bem tão escasso e precioso e, depois, algo que incomoda e pode conduzir ao tédio ou até à depressão;
- não se isolar; manter-se em contato com pessoas e participar de grupos;
- resistir a posturas de preocupação exagerada para evitar hipocondria, seja diante das transformações físicas, seja diante do medo da perda de potência sexual, para evitar promiscuidade.

Um elemento-chave que veio dar nova forma à possibilidade de viver bem a velhice foi historicamente a instituição da aposentadoria. A garantia de renda associada à longevidade passou a dar lugar a um envelhecimento ativo e independente, com possibilidade de autogestão da vida e de integração no mundo. O tempo livre deixa de ser associado ao tédio e passa a ser a abertura para a prática de novas atividades e encontros sociais. Com o advento da aposentadoria, o velho que, em tempos passados, não podia contar com quaisquer rendimentos para se manter, e ficava à mercê da benevolência, ou mesmo da benemerência da família, passa a ocupar o papel de provedor. Por vezes, ele é o único membro da família a auferir renda e, portanto, chega até a sustentar os demais, assumindo um papel na mais alta hierarquia da estrutura familiar, o que muitas vezes gera conflitos nas relações de poder instituídas.

A Família, o Idoso e a Longevidade

O envelhecimento dos pais afeta a estrutura psicológica de cada um dos elementos da família que, mesmo sem ter consciência, se depara com medos e inseguranças. Os filhos sentem que seus pais, de cuidadores que eram, passam a precisar de cuidados. A dinâmica de modificações nesses papéis é complexa, pois mexe com questões internas de onipotência, narcisismo, culpa, cobrança e relação de poder (dominação-submissão), entre outras.

O confronto com o envelhecimento aparece numa fase de vida — a meia-idade — em que os próprios indivíduos estão sobrecarregados de responsabilidades: com seus trabalhos, com a criação dos filhos, com os pais idosos. Conflitos, ambivalências e inseguranças surgem. É como se toda a família sofresse o impacto do envelhecimento.

Há certas situações de relacionamento que constituem indicadores importantes, verdadeiros sinais de alerta sinalizando que as famílias estão tendo uma vivência de sofrimento adiante da velhice de seus membros:

- elementos idosos tornam-se bodes expiatórios, depositários de frustrações e dificuldades de outros membros da família;
- um filho sobrecarrega-se e assume todas as responsabilidades pelos cuidados dos seus pais, abrindo mão da condução de sua própria vida;
- um pai ancião assume responsabilidades desmedidas que caberia ao filho assumir;
- formam-se alianças doentias entre membros da família diante da necessidade de resolução de um problema;
- filhos de meia-idade vivem uma relação de simbiose com seus pais idosos ou vice-versa;
- diante da necessidade de ser ajudado, um membro da família recebe agressões e é alvo de distanciamento afetivo dos demais;
- avós e pais disputam o amor de uma criança, neto/filho, ou a autoridade sobre ela.

A Família e o Idoso: A Possibilidade do Encontro

Preservar a saúde mental do idoso é também preservar a satisfação de suas necessidades pessoais e sociais. Para que isso ocorra é desejável haver uma congruência entre a sua possibilidade de desempe-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nho físico e as demandas das atividades que precisa ou deseja realizar, as exigências da sociedade, suas próprias expectativas e as das pessoas que lhe são de valor significativo, incluindo aqui, sem dúvida, sua família. Incongruências entre demandas internas e externas são reflexos de relações ou situações doentias.

Muitas vezes, a família não está preparada para perceber e lidar com tantas transformações que ocorrem com a pessoa que envelhece e, mesmo querendo ajudar, não consegue se posicionar adequadamente.

Mudanças intensas que ocorrem com um ente querido levam, por vezes, à nossa própria organização interna. Tememos estar caminhando para a possibilidade da perda de uma pessoa tão querida. Tememos também estar diante de um espelho de nosso futuro.

A sanidade do idoso, como de qualquer um de nós, se configura num ambiente afetivo e acolhedor. Devemos prestar atenção ao que se passa conosco e com o outro.

A família precisa preparar-se para ver o seu idoso como uma pessoa que tem desejos próprios e planos para o futuro. Às vezes, querendo proteger o ente querido, se restringe sua autonomia e, em conseqüência, seus sonhos.

A Nova Família

Neste início de século, com a longevidade, passam a ser vividas, agora, situações freqüentemente inéditas para as famílias, estas próprias também com configurações muito diversas das que prevaleciam nas últimas décadas.

A nova família já não necessariamente mantém a estrutura tradicional — pais e filhos —, apresentando configurações muito diferentes:

- unidades domésticas plurigeracionais;
- agrupamento ampliado, muitas vezes devido a dificuldades econômicas;
- duplas conjugais que optam por não ter filhos;
- os que optam por ter filhos sem ter um companheiro fixo (a chamada "produção independente");
- os que se separam e constituem uma nova família agregando filhos desta relação aos advindos dos primeiros casamentos de um ou de ambos os lados;
- casais ocupando residências separadas;
- parceiros conjugais homossexuais.

Não podemos, então, dizer com simplicidade o que seja família. Não existe uma única definição, apenas algo que varia no tempo, de cultura para cultura, de sociedade para sociedade, havendo variações mesmo dentro de uma única sociedade, num mesmo momento histórico, político e cultural. Portanto, o conceito de família é uma criação humana mutável.

As mudanças na constituição das famílias refletem uma profunda alteração nos valores anteriormente estabelecidos e nos papéis funcionais vividos por um ou mais membros.

Modificações na estrutura de uma família geram crises e exigem nova organização interna, seja na maneira como indivíduo se relaciona consigo mesmo, seja na sua interação com o outro. Alterações levam a dúvida de percepção: Quem sou eu? Quais responsabilidades me cabem assumir? Estou preparado para enfrentá-las?

As relações entre os componentes de uma família, em especial entre pais e filhos, são constituídas por elementos afetivos complexos e que são intensamente mobilizados, sobretudo diante de alterações importantes na vida de seus integrantes.

Refletir sobre o perfil da família em transformação é necessário para sabermos até que ponto podemos continuar a atribuir a ela a responsabilidade de cuidar dos seus membros mais velhos.

Um fator muito importante a considerar é o fato de a mulher participar do mercado de trabalho e, portanto, permanecer muitas horas fora de casa, tendo que assumir uma dupla jornada para poder dedicar-se também à sua vida particular. Agora, ela não mais, ao contrário do que ocorria anteriormente, concentra-se apenas no trabalho de sua casa e de sua família, quando podia cuidar de seus idosos.

Se pudermos reconhecer as diferenças, poderemos dar um passo adiante em pensar como criar suportes para os indivíduos que envelhecem em cada uma das situações a que nos referimos, apesar de reconhecermos as inúmeras dificuldades envolvidas.

Os níveis de tolerância e compreensão com relação aos idosos variam em cada grupo familiar. A solidariedade constituída através da devoção filial é ainda a possibilidade prioritária que melhor podemos visualizar a curto prazo.

De acordo com Debert[3], a tendência dos idosos morarem sozinhos não tem de ser necessariamente percebida como reflexo de um abandono por parte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de seus familiares. Pode significar uma nova forma de família estendida, na qual a troca e a assistência ocorrem de maneira intensa, facilitada pelo aumento da mobilidade e aperfeiçoamento das formas de comunicação à distância.

Além disso, adverte a autora: "O fato de os idosos viverem com os filhos não é garantia da presença, nem de respeito e prestígio, nem da ausência de maus-tratos. As denúncias de violência física contra idosos aparecem nos casos em que diferentes gerações convivem na mesma unidade doméstica"[3].

O preparo da sociedade para o desafio da longevidade requer um estudo cuidadoso dos conflitos contemporâneos relativos ao envelhecimento. Afinal, de que adianta vida longa sem qualidade?

Exercitando a "Avosidade"

Vários tabus se criam em torno do envelhecimento. Um deles é estabelecer uma sabedoria que inviabiliza a explicitação das angústias ou a necessidade de continuar se perguntando e perguntando aos demais sobre fatos que criam desconforto e dúvida com relação à maneira de proceder. O exercício da sabedoria representa o constante governo de si, construído durante o desenvolvimento do homem através dos ideais da juventude e alicerçado na aquisição do conhecimento, tendo seu cume na aceitação da transitoriedade. Sem dúvida nenhuma, isto é resultado do trabalho da vida inteira. A elaboração da consciência da finitude implica numa ação permanente de rever um momento anterior, ligado ao nascimento, e um posterior, ligado à morte.

No quadro delineado até o momento, se tornar avô talvez não seja uma tarefa assim tão tranqüila como queiramos acreditar. O imaginário social associa a idéia de velho a alguém livre de sentimentos contraditórios. No entanto, na sociedade contemporânea a velhice é carregada de atribuições negativas. Assim, a crise de papéis atinge também expectativas com relação ao ser avô:

O que se espera dos avós? A que os avós não conseguem mais se submeter?

Ao escolher o "ser avô" como aspecto importante da estruturação psíquica do indivíduo idoso, pretendemos exemplificar mecanismos psicológicos que adquirem especificidades nesse momento da vida. Partimos do princípio que, enquanto características biológicas involuem, certas características psíquicas podem evoluir. Segundo Cecília Meirelles[8], no poema *Reinvenção*, "...a vida só é possível reinventada". Sendo assim, acreditamos que, se conseguirmos nos aproximar do entendimento dos processos internos dessas funções familiares, conseguiremos criar novas maneiras de exercer a "vovozice" ou a "avosidade".

Os dois termos serão usados como denominação dessa problemática humana conflitiva: neto representa promessa de vida em relação a certos ideais e, por outro lado, a morte associada à decadência física.

A existência do neto intranqüiliza, gerando um tumulto interno que propiciará o surgimento de novos interesses e o resgate da vitalidade. Através da possibilidade de amor pelo neto o idoso redescobre esse sentimento em si.

Na "vovozice" o indivíduo lida com emoções relacionadas a si mesmo, ao que ele foi, ao que queria ser e à pessoa que foi parte de si mesmo.

Mecanismos psicológicos bastante elaborados estão presentes ao aceitar os filhos como tendo a possibilidade de serem pais, amenizando eventuais conflitos familiares de conteúdo fortemente agressivo. Os netos, ao serem, para o idoso, a possibilidade simbólica da imortalidade, aliviam o enfrentamento da situação desconhecida que é a morte. O exercício da "vovozice" pode ser a saudável, porém conflitante, ao aproximar essas figuras aterrorizadoras da finitude.

A "avosidade" não remete a uma idade cronológica, mas a um laço de parentesco localizado nas filiações trigeracionais, do ponto de vista pessoal, familiar e social.

Atentar para a delicadeza dessa etapa da vida implica em programas voltados para o debate deste tema junto ao segmento diretamente envolvido. Não é esperar para ver o que acontece, mas antecipar-se à exteriorização dos confrontos sob a forma de embates familiares irreconciliáveis ou ao adoecimento desencadeado e/ou acentuado pela depressão.

Considerações Finais

Perguntar-se sobre "o que faço" leva a "o que fiz" e "o que imagino fazer". Essa revisão geralmente é desencadeada a partir de uma crise pessoal: aposentadoria, perda de companheiro, independência dos filhos, nascimento de um neto etc.

As mudanças que surgem na velhice muitas vezes entram em choque com as expectativas e os hábitos daqueles que circundam os idosos e, para que se lide

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

com elas, é necessário redimensionar o potencial investido na profissão, reapropriar-se dos espaços domésticos e deparar-se com familiares que não se conhecem tão bem quanto se imaginava.

A existência de uma grande quantidade de indivíduos dessa faixa etária em plena forma para exercerem suas potencialidades, mas com limitações pessoais e restrições sociais a limitarem suas possibilidades, leva-nos a atentar para a carga de irreverência que necessitam expressar para que os seus desejos possam tornar-se públicos.

O resgate do indivíduo ativo necessita de certa dose de "indignidade". O idoso socialmente ativo participa das atividades que lhe fazem sentido e de relevância social: é tanto aquele engajado numa atividade remunerada, como o que faz parte de um grupo de teatro amador, cuida de netos, participa de atividades de lazer, pratica exercícios físicos etc.

O movimento de recuperação ou reestruturação do que é significativo não é fácil, pois exige uma reavaliação dos caminhos passados, e para que se avance, há a necessidade de fazer opções, o que significa deixar umas tantas outras coisas de lado. O investimento num novo projeto de vida envolve um momento de reprodução, e esse instante contém etapas semelhantes à concepção: aproximação para a fertilização, o ato da concepção, tempo de latência e momento de expulsão. Cada etapa contém a possibilidade criativa da construção do próximo passo. A revisão do projeto de vida, adequando-o à realidade atual sob o ponto de vista das condições pessoais, orgânicas e econômicas, aponta para soluções criativas e particulares. O idoso ativo oscila entre as fantasias e a possibilidade de realizá-las, reapropriando-se do seu destino.

O direito do indivíduo usufruir um bem-estar pessoal deve estar presente em qualquer faixa etária. O idoso, ao conquistar espaços sociais, conscientiza a sociedade para o envelhecimento como continuação e conseqüência de um modo de vida anterior. No âmbito familiar, ele desempenha papel preponderante, sendo fundamental a existência de programas direcionados para o resgate da capacidade criadora que há no ser humano.

Voltar a se sentir amado pode ser decorrência de atualização. Para atingir esse objetivo, não se deve isolar o indivíduo mantendo-o restrito ao convívio com sua faixa etária.

Levando em conta as implicações sociais e o ônus emocional e econômico que acarretam um indivíduo com baixa auto-estima e que não vislumbra significado para sua condição, podemos dimensionar a relevância dos programas para esta faixa etária.

As mudanças inevitáveis que o processo de envelhecimento introduz nas relações familiares podem significar sofrimento e lidar com o desconhecido, mas também pode ser poesia.

Vejamos o que Norberto Bobbio[1] nos fala sobre a Assembléia Mundial, realizada em Viena, em 26 de agosto de 1982, e com recomendações aprovadas na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 3 de dezembro do mesmo ano, visando um programa de ação internacional para o cada vez maior número de anciãos. A ênfase do autor às recomendações, no que se refere ao suporte que deveria ser dado aos familiares cuidadores dos velhos, pode nos ajudar a refletir sobre medidas a serem adotadas tanto por grupos autônomos como pelas políticas públicas.

Cito textualmente algumas dessas "recomendações" porque geralmente os documentos internacionais não estão disponíveis a todos.

> "Recomendação número 2": A proteção às pessoas idosas deve superar a simples luta contra a doença, mas almejar até seu bem-estar total [...] Os cuidados com a saúde deveriam considerar o conjunto dos setores sanitários e sociais, assim como a família, em vista da melhora da qualidade de vida dos anciãos. Tudo deveria ser feito, especialmente no domínio dos tratamentos primários, para que os anciãos continuem a levar uma vida independente, cada vez mais longe no seio das suas famílias (este conceito de permanência do ancião na família está, de agora em diante, presente em todos os documentos internacionais) e na sua comunidade, em vez de serem excluídos e isolados de todas as atividades da sociedade [...]
>
> "Recomendação 5": É importante estabelecer um equilíbrio apropriado entre a função das instituições e da família na prestação da assistência ao ancião, reconhecendo que os familiares e os mais próximos são elementos chave de todo o sistema equilibrado [...]
>
> "Recomendação 9": Convém encorajar os anciãos a participar da organização e funcionamento dos serviços sanitários. Um dos princípios fundamentais em matéria do atendimento ao ancião é permitir que conduzam

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o maior tempo possível uma vida independente no centro da sua comunidade.

"Recomendação 13": Convém desenvolver ainda mais o tratamento em domicílio, para garantir serviços sanitários e sociais de boa qualidade e em quantidade suficiente para que os anciãos possam permanecer na própria comunidade e viver independentes tanto quanto possível. Os atendimentos em domicílio não deveriam ser uma alternativa ao atendimento hospitalar: esses dois tipos de assistência são antes mais complementares do que alternativos [...]

"Recomendação 25": A família, sendo reconhecida como a célula base da sociedade, deveria ser encorajada, protegida, revigorada de acordo com os sistemas de valores culturais próprios a cada sociedade, para ajudá-la a responder melhor aos problemas dos anciãos[1].

Sem dúvida nenhuma as famílias devem estar incluídas nesse movimento revitalizador, sem perdermos de vista os limites e possibilidades de cada núcleo.

Se conseguirmos nos relacionar com os idosos sem preconceitos, sem um olhar viciado e sem ter medo da nossa própria velhice, poderemos, mais facilmente, ajudá-los a viver com mais qualidade, autonomia e, com este aprendizado, preparar melhor o nosso próprio amanhã.

Referências Bibliográficas

1. Bobbio N. Os valores e os direitos humanos dos idosos dependentes crônicos. Tradução de Anita Aratangy. In: *Eutanásia do abbandonno.* Turim: Rosenberg & Sellier.
2. Carvalho MC et al. A Família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC; 1995.
3. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp; 1999.
4. Durham E R. Família e reprodução humana. In Durham et al. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1983. p. 3.
5. Freud S. Luto e melancolia – In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago; 1980.
6. Herr J, Weakland J. Terapia interacional y tercera edad. Asesorando a la família del geronte. Buenos Aires: Nadir Editores; 1979.
7. Lopes RGC. Saúde na velhice – As interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: Educ; 2000.
8. Meirelles C. Flor de Poemas, São Paulo: Perspectiva; 1983.
9. Salvarezza L. El trabajo con las famílias em la clinica psicogeriatrica. In: Psicogeriatria. Teoria y clinica. Buenos Aires: Paidós; 1993.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

19

Co-educação entre Gerações: do Conflito ao Desenvolvimento da Solidariedade

José Carlos Ferrigno

Introdução

Uma das características mais singulares da sociedade moderna é o distanciamento entre as gerações concretizado pelo estabelecimento de espaços sociais exclusivos para cada grupo etário. Crianças na escola, adolescentes com suas turmas, adultos convivendo com outros adultos no ambiente de trabalho, idosos desenvolvendo atividades de lazer em seus centros de convivência. As raízes desse fenômeno se encontram no século XVIII, com a escolarização das crianças, e atinge seu ápice no século XX, ao envolver todas as fases do ciclo vital com a criação de programas sociais e culturais exclusivos para a terceira idade. Além do contexto familiar, poucas são as situações do dia-a-dia que ensejam o contato entre as gerações. Uma dessas exceções são as instituições de educação informal, como os centros culturais. Entre 2000 e 2003 coordenamos uma pesquisa nas unidades do SESC São Paulo. Foram investigados os relacionamentos entre jovens e idosos nas atividades culturais e de lazer. Observações sistemáticas e depoimentos dos participantes permitiram constatar que o convívio intergeracional promove o desenvolvimento de atitudes mais positivas em relação às demais gerações. Outro resultado significativo é o enriquecimento cultural derivado das trocas de experiências próprias de cada geração, através de um processo de co-educação. Os jovens transmitem aos idosos novos hábitos e valores, além das novas tecnologias. Os velhos repassam aos jovens a história da família e da comunidade, e também diferentes modelos de como lidar com o envelhecimento. Tendo em vista os estimulantes resultados da pesquisa, o SESC de São Paulo resolveu criar um programa intergeracional chamado SESC Gerações.

As Gerações no Passado e no Presente

Nascemos, crescemos e morremos, como tudo aquilo que é vivo. Por uma imposição da natureza, uma complexa série de fenômenos biológicos marca o percurso da vida repetido em cada espécime, seja uma bactéria em sua efêmera existência de algumas horas, uma sequóia que atinge milênios de idade ou um ser humano, cuja longevidade vem aumentando e, por vezes, ultrapassa um século. O desenvolvimento biológico no ser humano pode ser visualizado por meio de uma sucessão de etapas: infância, adolescência, adulto jovem, meia-idade e velhice, fases caracterizadas por singularidades orgânicas, mas também produzidas pela cultura. Para além das determinações naturais, as culturas humanas pré-históricas e históricas produziram (e prosseguem produzindo) significações para cada uma das etapas da existência do homem. Regras de conduta são institucionalizadas para as diferentes fases da vida, e são expressas por intermédio do desempenho de papéis sociais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A geração é, portanto, um fenômeno biológico e cultural. Porém, aqui nos interessa sua constituição histórica. A construção social das gerações é materializada pelo estabelecimento de valores éticos e regras de conduta para cada fase, normas que variam ao longo da história. Com o advento da Era Moderna, as gerações são objeto de intervenção e de estudos mais aprofundados. Para o historiador Philipe Ariés (1981), a invenção social da infância ocorre durante o século XVIII. Há a fundação de um estatuto para essa faixa etária. O sociólogo inglês Mike Featherstone[6] faz referência à cronologia das "invenções" etárias constituintes do ciclo vital: a "invenção" da adolescência ocorre final do século XIX, a criação da aposentadoria também nessa época, assim como a problematização da chamada crise da meia-idade, ou crise dos 40 ou 50 anos de idade, além da reconceituação da velhice a partir dos anos 1950.

Principalmente após os anos 1960, o relacionamento entre as gerações tem chamado a atenção de estudiosos (sociólogos, psicólogos, psicanalistas, pedagogos), além da sociedade de modo geral. Complexas determinações históricas provocaram durante aquele período inúmeras manifestações de protestos dos jovens em relação à ordem social vigente nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A contestação envolveu desde questões específicas, como a insatisfação com as políticas educacionais da época, até questões mais amplas como a revolta diante ao autoritarismo do Estado. A própria família não passou incólume, já que foi alvo de muitos questionamentos relativos à autoridade paterna. Em suma, de várias formas os jovens, no dizer de Marialice Foracchi[9], rejeitaram a condição adulta. Como conseqüência de tais divergências, a expressão "conflito de gerações" se popularizou e tornou-se tema de acalorados debates, desencadeando toda uma revisão de conceitos e valores éticos.

Nas décadas mais recentes, esse antagonismo etário parece ter arrefecido. A sociedade atual, excetuando-se determinadas regiões, como aquelas onde prevalece, por exemplo, o fundamentalismo islâmico, se mostra mais liberal nos costumes, mais permissiva com o comportamento da juventude, mais complacente, por exemplo, com a expressão da sexualidade da criança e do adolescente. Claudine Attias-Donfut[2] considera que a relação intergeracional tornou-se menos conflituosa porque houve um decréscimo do autoritarismo dos mais velhos sobre os jovens, inclusive no âmbito familiar.

Todavia, em que pese a atenuação dessas tensões no presente momento histórico, a qualidade e a efetividade das relações intergeracionais continuam insatisfatórias. Observa-se nelas uma distância emocional. Atualmente, as gerações vivem quase sempre em espaços exclusivos, excetuando-se o espaço familiar. A família é, por definição, um grupo naturalmente intergeracional, portanto nesse espaço ocorrem mais freqüentemente os encontros entre as gerações, ao menos por proximidade física, já que em muitas prevalece o distanciamento afetivo ou até mesmo o conflito exacerbado. Muitos avós lamentam o pouco diálogo com seus netos, embora, muitas vezes, lhes falte iniciativa e criatividade para essa aproximação. Curiosamente, os idosos que se engajam em grupos de terceira idade e, por intermédio dos mesmos, passam a ser integrados e produtivos, sentem-se mais seguros e motivados na relação com os netos e percebem, da parte destes, mais interesse e respeito nessa relação. Em síntese, a qualidade do relacionamento intergeracional tem sido alvo de muitas discussões entre especialistas e entre pessoas em geral. O conflito entre pais e filhos tem se caracterizado como o mais emblemático tipo de conflito de gerações e, para melhor encará-lo, convém refletir um pouco sobre a própria idéia de conflito.

O Conflito de Gerações e Suas Implicações

Conflitos, contradições, antagonismos fazem parte de nosso cotidiano, fazem parte da cultura e da natureza humana. Sua inevitável presença pode ser a indispensável mola propulsora para gerar mudanças. Por isso, o conflito não pode ser negado. É preciso que seja compreendido, enfrentado e superado. Nesse sentido, nos parece bem oportuna a contribuição de Xesús Jares[12]. O autor alerta para a idéia fortemente arraigada de conflito como algo negativo e, portanto, algo a ser evitado. Freqüentemente associada à violência, à guerra e à desordem, a concepção vigente de conflito se coloca como uma antítese do bom funcionamento da ordem social.

Contrariamente a essa visão, Jares[12] considera o conflito necessário e potencialmente positivo para pessoas e grupos sociais. Reconhecendo seu caráter pedagógico e transformador, o conflito deve ser trabalhado e encaminhado para uma resolução criativa, justa e pacífica, por meio de uma educação para a paz. A idéia de consenso nas relações sociais é peri-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gosa, pois pode ser encobridora da realidade. É claro que a busca de acordo e de interesses comuns tem inegável importância, mas é preciso que as diferenças não sejam escamoteadas, mas aceitas e explicitadas. É preciso que os conflitos não sejam negados, mas superados com a ajuda do diálogo, da negociação. Assim devem também ser encaminhadas as tensões entre gerações.

A Relação dos Idosos com Outras Gerações

O considerável crescimento da expectativa de vida tem provocado várias pesquisas sobre o convívio entre idosos e seus filhos, sendo estes geralmente pessoas já maduras e, às vezes, também na fase da velhice, estabelecendo-se, assim, relações entre uma terceira e uma quarta idade, como alguns chamam os muito velhos. Com essa temática, podemos citar alguns trabalhos norte-americanos como os de Johnson e Bursk[13]; Long e Martin[14]; Freedman e col.[10]; Fingerman[8]; e Lye[15].

O incremento das doenças decorrentes do envelhecimento físico e mental (sobretudo daquelas que prejudicam a independência do idoso), propiciado pelo crescimento populacional da terceira idade, explica o crescente número de pesquisas sobre essa relação. Moléstias incapacitantes, como a doença de Alzheimer e outros tipos de demências senis, nas últimas décadas adquiriram visibilidade social com a elevação da longevidade. Muitas das publicações mais recentes buscam orientar esses filhos "quarentões" e "cinqüentões", que, utilizando-se uma expressão que tem se disseminado, tornam-se cuidadores dos próprios pais.

O Distanciamento entre as Gerações

Como dissemos, observando o processo histórico constatamos que as gerações são continuamente construídas, desconstruídas e reconstruídas, da mesma forma que as relações entre elas também são permanentemente modificadas. Dialeticamente, as novas configurações, por sua vez, determinam novas condutas. Então, nos dias atuais, o que tem ocorrido na relação entre gerações? Conflito? Competição? Cooperação? Afetividade? Indiferença? Autoritarismo? Igualitarismo? Como interagiam e como interagem os grupos etários? Em maior ou menor grau, todas essas possibilidades ocorrem no cotidiano das relações intergeracionais, mas o que mais caracteriza o tempo em que vivemos é, certamente, o distanciamento entre as gerações.

A segmentação de espaços sociais para as diferentes gerações na sociedade contemporânea, embora concreto, dificilmente nos chama a atenção, porque tendemos a considerar tal fenômeno como natural, esperado, inevitável e até adequado, de um ponto vista moral ou pedagógico. Habituamo-nos a essa realidade. Tudo se passa como se sempre houvesse sido assim: crianças com crianças na escola e nas brincadeiras, jovens com seus pares, idosos com sua turma de aposentados. Todavia, a História nos mostra outras configurações sociais. Durante a Idade Média, por exemplo, crianças e adultos compartilhavam com mais freqüência os mesmos lugares e situações, fossem eles domésticos, de trabalho ou de folguedo.

Hoje as crianças, escolarizadas precocemente, muitas desde os primeiros meses, passam a maior parte do tempo em creches e instituições semelhantes, porque pais e mães, por trabalharem muitas horas, não podem delas cuidar. Nos casos de ausência paterna/materna definitiva, as crianças são obrigadas viver permanentemente internadas em estabelecimentos especializados. Embora nesses locais haja contato com adultos, estes são poucos e estão ali principalmente para educar, estabelecendo uma convivência restrita e restritiva, marcada por papéis bem definidos. Menos que amigos, esses adultos são cuidadores, figuras de autoridade.

Quanto aos adolescentes, além do convívio na escola (para aqueles que têm condições de estudar), onde a convivência é prioritariamente com seus pares, eles parecem especialmente motivados a formarem turmas compostas por indivíduos de mesma idade ou de idade bem próxima. Mais recentemente, presenciamos a formação de grupos com idéias, valores e hábitos cada vez mais parecidos, daí resultando uma profusão das chamadas "tribos", identificadas por trajes, gestos, expressões e ideologias. Temos os mais voltados para o consumo de *shoppings centers*, os chamados "mauricinhos" e "patricinhas", os radicais de esquerda e direita como "*punks*", "carecas", "*darks*", "góticos", "*hippies* tardios", além das turmas do *rap*, *hip hop,* pagode, axé e *funk*, e de muitas outras turmas. Entre os jovens há, portanto, uma grande variedade de estilos e de filosofias de vida, sem falarmos das muitas e complexas combinações desses estilos.

Os adultos vivem o mundo do trabalho, em relações que se dão principalmente com outros adultos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Nesta fase, a sobrecarga de compromissos e responsabilidades pode determinar o distanciamento dos amigos. Alguns, nos finais do expediente, participam dos *happy hours* em bares, junto a colegas de serviço. Nos relacionamentos desenvolvidos em espaços dedicados ao estudo, ao lazer ou a alguma atividade de militância social, política ou religiosa, a interação principal também ocorre como outros de mesma idade.

Na medida em que envelhecemos, os contatos interpessoais tendem a rarear, e passamos por um progressivo esvaziamento de papéis, fato que enseja isolamento e recolhimento ao espaço doméstico. A aposentadoria, a viuvez, a perda de amigos e a chamada "síndrome do ninho vazio", esta última caracterizada pela debandada dos filhos emancipados, são fenômenos que impõem aos mais velhos uma expressiva diminuição de funções sociais. Por outro lado, um contingente cada vez maior de idosos tem reagido a essas vicissitudes do envelhecimento social e vem desenvolvendo um estilo de vida cada vez mais participativo e integrado. Comentando as potencialidades da terceira idade que tendem a valorizar a velhice, Ecléa[5] destaca a uma ampla compensação das perdas da vitalidade física e da memória imediata para detalhes do cotidiano pelo desenvolvimento da memória social, da sensibilidade e do discernimento voltados para as coisas essenciais da vida.

Em um movimento dialético, de retroalimentação, como num ciclo virtuoso, o estabelecimento de uma imagem mais positiva da velhice tem favorecido a aproximação de jovens e idosos em atividades de lazer dentro de instituições como o SESC, e na medida em que essa interação mostra aos jovens que os mais velhos permanecem capazes, a imagem positiva se reafirma, se consolida.

O Relacionamento Intergerações nas Instituições Sociais e Culturais

O SESC é uma instituição que se notabilizou por seu pioneirismo no estabelecimento de programas sociais para a terceira idade. Em 1963, época em que a questão do envelhecimento ainda não constava da agenda brasileira, o SESC formou o primeiro grupo de convivência no país. Acompanhando a evolução dos interesses dos idosos, o programa foi se aperfeiçoando com a criação das escolas abertas que visam a atualização de conhecimentos, a conscientização acerca do processo de envelhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades, como subsídios para o exercício da cidadania e a melhoria das condições de vida.

De 2000 a 2003, com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento por meio de programas de treinamento, foi realizada uma ampla pesquisa, que teve como foco inicial um estudo sobre o relacionamento entre os educadores das Escolas Abertas e seus alunos da terceira idade[7]. A uma certa altura da investigação constatou-se que se estava frente a um encontro singular de faixas etárias, porque a ampla maioria de profissionais que atendem idosos em instituições culturais é formada por pessoas mais jovens do que as pessoas que por elas são atendidas. A análise dos depoimentos evidenciou uma expressiva troca das experiências próprias de cada geração.

Em uma segunda etapa, o estudo foi estendido às relações intergeracionais em meio ao público que habitualmente freqüenta as atividades de lazer da entidade. Confirmando os resultados anteriores, também em relação a esses grupos é notável a riqueza de experiências permutadas. Assim, podemos constatar a possibilidade do estabelecimento de expressivos processos de co-educação entre gerações, por meio de atividades sociais, culturais, recreativas e artísticas.

Um Conceito Norteador de Educação

O conceito de educação como um meio de aculturação das crianças encontra-se bem estabelecido pelos teóricos e pela opinião pública. Todavia, a relação inversa, ou seja, a ação educativa das gerações jovens sobre as mais velhas não é claramente percebida. Para Pereira e Foracchi[17], Mannheim[18] amplia essa propriedade da educação: "Encarando a educação como processo socializador, Durkheim faz com que as relações entre as gerações em convívio sejam o foco central da abordagem. O sentido do processo educacional seria concretizado através da ação modeladora que a geração adulta desempenha sobre a geração imatura. Todavia, não há como negar a reciprocidade de influências nas relações entre as gerações. A geração imatura reage à pressão conformadora das gerações adultas fazendo com que o processo de socialização envolva, fundamentalmente, interação." E mais adiante: "[...] as considerações (sobre o papel das gerações mais jovens) desenvolvidas por Mannheim[18], retiram em grande parte, o caráter acentuadamente passivo das gerações imaturas, excessivamente enfatizado por Durkheim". Portanto, Mannheim[18], embora

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

não explicite a idéia de co-educação de gerações, nos chama a atenção para a possibilidade de influências recíprocas nessa aproximação.

Aprofundar o conceito de educação vai além dos limites deste texto, mas é importante buscar uma referência conceitual. Refletindo sobre o que é educar, Reboul[19] observa que raramente empregamos esse termo sem logo limitar seu sentido: "Pensamos na escola e, entretanto, a educação se faz, primeiro, na família, sem falar do 'terceiro meio' constituído pela rua, pelo esporte, pelos movimentos de juventude, pelos *mass media* etc. Pensamos no ensino como se a educação não fosse tanto física, estética, moral, afetiva, quanto técnica e intelectual. Pensamos na criança, mas também o adulto não tem que se educar incessantemente? 'São precisos cinqüenta anos para fazer um homem', dizia Platão. Cumpre tomar a educação no sentido total; mutilá-la é mutilar o homem."

A escolha desta definição, dentre tantas outras, se justifica porque nos permite vislumbrar a amplitude da idéia de educação. Esta abrangência pode ser constatada através da riqueza de conteúdos oriundos da co-educação no cotidiano das relações interpessoais. Em ambientes como o das instituições de cultura, as aquisições de conhecimentos se dão na informalidade do lazer, fora, portanto, do espaço escolar.

Premissas e Condições para o Processo Co-educativo

Em decorrência do distanciamento intergeracional que marca nossa cultura, as situações de aproximação podem causar, e realmente causam, um certo estranhamento ou uma certa inibição entre os protagonistas, que podem engendrar conflitos que inviabilizam o relacionamento. Para que as chances de sucesso sejam as maiores possíveis é preciso que, como dissemos anteriormente, tenhamos uma visão positiva do conflito, além de levarmos em conta algumas premissas. Podemos destacar algumas condições essenciais e outras facilitadoras para o estabelecimento de um processo de co-educação a partir de um conceito amplo como o já visto, e tendo por base observações sobre as interações e a constituição de grupos informais.

A Identidade de Interesses

A identidade de interesses em relação às atividades compartilhadas nos parece uma condição essencial para o estabelecimento da motivação suficiente com vistas à interação e ao conhecimento do outro. Nas entidades culturais e de lazer, como o SESC, a programação contempla uma multiplicidade de atividades prazerosas, de livre escolha e que podem refletir interesses comuns. Isto indica a pertinência de se estimular o agendamento de atividades intergeracionais. Atividades interessantes para jovens e idosos tendem a produzir efeitos bastante animadores. Nas oficinas e cursos de canto coral, teatro, artes plásticas, literatura e fotografia, foi possível observar uma troca de experiências agradável e produtiva. É possível presenciar cenas tocantes, como aquela em que um jovem adolescente e um senhor de muita idade trocavam impressões sobre como melhor manipular uma câmara fotográfica, ambos profundamente mergulhados na tarefa, esquecidos do tempo e do entorno. Nessas situações parece não haver ali um jovem e um velho, mas duas pessoas "sem idade" ou "atemporais", extremamente identificadas em torno de um interesse mútuo.

A Presença de Relações Igualitárias

Outra condição indispensável para o florescimento do processo co-educativo é a concretização de relações igualitárias. Paulo Freire[11] é enfático ao afirmar que qualquer forma de dominação e opressão nas relações entre educando e educador inviabiliza processos verdadeiramente educacionais. Portanto, os coordenadores de atividades ou os líderes comunitários devem concentrar esforços para a formação e a manutenção de um clima democrático no grupo intergeracional. Em nossa cultura, o autoritarismo dos mais velhos sobre os mais jovens é freqüentemente entendido como algo natural das relações sociais. Na verdade, trata-se de mais uma expressão e um reflexo, inclusive sobre o núcleo familiar, do autoritarismo das classes dominantes.

Relações Amistosas e Duradouras

O terceiro fator fundamental diz respeito ao tempo para se conhecer e desenvolver laços de amizade. Estamos aqui falando sobre a amizade desinteressada, da amizade autêntica que se alimenta do diálogo aberto em clima de espontaneidade e confiança, amizade que permite a alteridade, a compreensão e o respeito ao diferente e que se contrapõe ao preconceito etário. Infelizmente, constatamos uma la-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mentável inversão de valores em nossa sociedade. Somos tolerantes diante das desigualdades quando, por exemplo, achamos natural que muitos não tenham mínimas condições de subsistência e outros tenham muito mais do que precisam para viver bem. E somos intolerantes quando nutrimos e direcionamos sentimentos negativos a pessoas de classe social, etnia, nacionalidade, gênero ou geração diferentes da nossa.

Atividades que permitem desenvolver o convívio contemplam mais chances de propiciar a aprendizagem recíproca, embora a duração por si só não garanta interações mais intensas e produtivas. Trabalhamos com a premissa de que a co-educação tanto se tornará mais efetiva quanto maior for a convivência entre as partes. Todavia, além da idade do relacionamento, outros fenômenos dessa relação se constituem em variáveis importantes. A convivência é uma condição necessária para o processo co-educativo, mas não suficiente. Refletindo sobre as trocas de conhecimento entre avós e netos, Oliveira[16] considera que os ingredientes desse saber não são automaticamente repassados de uma pessoa para a outra, mas "são trabalhados na mente de quem acolhe, e ingressam na vida dessa pessoa como uma conquista". Portanto, a simples coexistência não garante a co-educação. E completa o autor: "mesmo porque a coexistência poderia ajudar a elucidar ou a ratificar uma possível consciência não de união, mas de oposição entre as gerações".

Ambientes Estimulantes para o Convívio Intergeracional

Há, de fato, várias condições facilitadoras para a co-educação entre as gerações. Uma condição importante diz respeito às características dos espaços sociais. Os centros de convivência social, de arte e cultura são ambientes estimuladores e propagadores de tais relações. De fato, nesse tipo de instituição tem sido possível detectar uma crescente aproximação entre idosos e jovens que freqüentam suas instalações. Uma maior flexibilidade na programação de atividades, englobando propositadamente diversas faixas etárias, se mostra um importante fator de facilitação desses contatos. Os jovens, de tanto verem velhos, já que o crescimento desse segmento na população em geral e entre os associados do SESC, em particular, é notável, acabam aumentando as interações no dia-a-dia da programação dos centros culturais. A terceira idade do SESC, por sua vez, mostra-se cada vez mais aberta a novos valores, atitude que a aproxima dos mais moços.

As atividades de lazer, por seu caráter lúdico, voluntário e descompromissado, podem facilitar a emergência de interações intergeracionais. Assim, festas populares, isto é, acontecimentos que envolvem toda a comunidade e que fazem parte da cultura popular, como o carnaval, festas juninas e outras manifestações folclóricas, principalmente em pequenas cidades, ainda mantêm a capacidade de aglutinar as diversas gerações.

Todavia, nos grandes centros urbanos, as entidades sócio-culturais podem vir a compensar o distanciamento entre as gerações, típico da sociedade moderna e da cultura de massa. E nessas instituições, o papel do lazer parece decisivo. Para Claudine Attias Donfut[3], o lazer pode contribuir para a emergência de uma força social capaz de aproximar as idades, de desenvolver novas formas de troca entre as gerações e, inclusive, enriquecê-las.

A Disponibilidade e a Iniciativa dos Mais Velhos

Outro fator importante de aproximação é a disponibilidade e mesmo a iniciativa dos mais velhos. A experiência dos idosos deve servir também para esclarecê-los da importância dessa aproximação. Como é de conhecimento de todos, os grupos de convivência de idosos têm o óbvio mérito de favorecer a formação de amizades, quebrando o isolamento social dos velhos. Todavia, a partir da experiência direta e de observações de outros grupos de idosos, independentes ou pertencentes a outras entidades, é possível constatar o risco de um fechamento excessivo de tais grupos em si mesmos. Geralmente, as associações de terceira idade não mantêm contatos com outras faixas etárias. Alguns desses agrupamentos tendem mesmo a evitar interações com pessoas de outra geração, configurando-se, assim, em verdadeiros guetos. Os jovens, claro, respondem de modo mais receptivo quando há predisposição, iniciativa e disponibilidade por parte do idoso. Sem dúvida, muitas crianças e adolescentes são suficientemente desinibidos para se aproximarem dos adultos; todavia, muitos esperam um primeiro passo dos idosos, e quando isso acontece uma bonita amizade pode nascer. Recolhemos vários episódios desse tipo em nossas observações durante atividades intergeracionais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Conteúdos Compartilhados Entre as Gerações

A análise das observações das interações em grupos intergeracionais, além da análise de entrevistas formais e de depoimentos espontâneos de jovens e de idosos, nos permitiu não somente constatar as trocas de conhecimento, mas também esboçar uma sistematização dos conteúdos que os idosos transmitem aos jovens e vice-versa. Certamente essa classificação poderá ser mais detalhada em pesquisas futuras, com vistas ao aperfeiçoamento de um método de intervenção.

Conteúdos Transmitidos dos Velhos aos Jovens

Inicialmente, vejamos o que os idosos ensinam às novas gerações. De acordo com os depoimentos e observações de nossa investigação, os mais velhos (não necessariamente pessoas já na terceira idade) repassam:

1. *a memória cultural e de valores éticos fundamentais*, além de conhecimentos práticos, habilidades aplicadas ao cotidiano. Transmitem sua história pessoal e a história da comunidade, permitindo aos jovens conhecerem suas origens e se enraizarem em sua própria cultura. Conhecendo seu passado, os jovens entendem melhor o seu presente e projetam seu futuro de modo mais realista e promissor. Segundo Ecléa Bosi[4]:

   "Há dimensões da aculturação que, sem os velhos, a educação dos adultos não alcança plenamente: o reviver do que se perdeu, de histórias, tradições, o reviver dos que já partiram e participam então de nossas conversas e esperanças; enfim, o poder que os velhos têm de tornar presentes na família os que se ausentaram, pois deles ainda ficou alguma coisa em nosso hábito de sorrir, de andar. Não se deixam para trás essas coisas, como desnecessárias. Esta força, essa vontade de revivência, arranca do que passou seu caráter transitório, faz com que entre de modo constitutivo no presente. Para Hegel, é o passado concentrado no presente que cria a natureza humana por um processo de contínuo reavivamento e rejuvenescimento";

2. *uma educação para o envelhecimento* é outro significativo conteúdo repassado ao jovem. O velho aparece como modelo a ser seguido ou evitado, dependendo de seu grau de sucesso em viver satisfatoriamente esse período da vida, de sua própria maneira de enfrentar as dificuldades dessa fase. Os jovens da pesquisa relataram admiração pelos idosos que mantêm o bom humor e a serenidade, e que nutrem por eles uma atitude de respeito e carinho e, por isso, declararam querer envelhecer com esse estilo de vida.

Conhecimentos dos Jovens Repassados aos Mais Velhos

A transmissão de conhecimentos dos mais velhos aos mais jovens, como dissemos, é mais perceptível. O contrário, ou seja, a educação dos mais idosos por pessoas jovens, além de não valorizada, é, por vezes, despercebida. No entanto, os depoimentos recolhidos em nossa pesquisa são significativos e nos mostram diversos conteúdos que crianças e adolescentes repassam aos adultos, como:

1. *uma educação para novas tecnologias*, através do domínio no manuseio de aparelhos eletrônicos e da linguagem digital. Vários idosos nos contam que aprendem a usar computadores e outros aparelhos eletrônicos com seus próprios netos. No programa Trabalho Social com Idosos, do SESC, inúmeros cursos de informática para pessoas idosas foram ministrados por jovens professores, com excelentes resultados. Mais recentemente, o SESC de São Paulo inaugurou um novo programa, aberto a todas idades, chamado Internet Livre, desenvolvido em salas dotadas de microcomputadores franqueados ao público, com monitoria especializada. Ocorre que em várias unidades, de forma espontânea ou induzida pelos profissionais da instituição, os jovens têm dado aos idosos orientações de como manejar a máquina e de como navegar pela rede. Os idosos ficam felizes pelas novas descobertas e os jovens satisfeitos por se sentirem importantes como professores;

2. *uma educação para os novos tempos*. A geração mais jovem também transmite aos idosos valores e conhecimentos do mundo atual, uma flexibilidade de comportamentos sociais de acordo com os novos valores morais, ou seja, uma educação para os novos tempos, resultan-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do em posicionamentos menos conservadores em relação a assuntos polêmicos, como sexo, drogas etc. Diversos depoentes da terceira idade, principalmente aqueles que compartilham experiências mais prolongadas de convívio com adolescentes em oficinas de teatro e de música, declaram ter adquirido um olhar mais compreensivo acerca de questões atuais a partir de suas conversas com jovens.

SESC Gerações: Um Novo Programa do SESC/SP

Conforme constatamos, entidades culturais, ao atenderem a um público diversificado em instalações comuns, acabam se constituindo em espaços propícios ao encontro de gerações. Levando em conta o fenômeno moderno da segregação etária que abordamos no início deste trabalho, além do número crescente de interações espontâneas e de interações induzidas pelas equipes técnicas no cotidiano da programação, o SESC resolveu criar um programa socioeducativo, o SESC Gerações, que visa estabelecer uma sistemática de atividades intergeracionais, potencializando as interações já existentes entre faixas etárias e fomentando a co-educação das gerações que freqüentam a instituição.

A viabilidade de um programa desse tipo é atestada, conforme vimos, pela pertinência das atividades de lazer para a aproximação das gerações. As possibilidades de atividades são muito amplas, exatamente porque tendem a ser as mesmas que muitas vezes são oferecidas exclusivamente a esta ou àquela faixa etária e que fazem parte da programação cultural permanente da entidade, como: música, teatro, artes plásticas, literatura, turismo, esportes, educação ambiental etc.

Em relação à idade dos participantes, é possível, e a prática o demonstra, organizar atividades envolvendo crianças e adolescentes, crianças e adultos de meia-idade, crianças e idosos, adolescentes e adultos de meia-idade, adolescentes e idosos, pessoas de meia idade e idosos; e ainda atividades que congreguem várias gerações simultaneamente.

Considerações Metodológicas para Uma Aproximação Entre Gerações

Tendo clareza da oportunidade da aproximação intergeracional, temos pela frente o desafio da viabilização, da operacionalização dessa proposta. Isso implica na construção de um método de ação. Trata-se de algo novo, sem muitos paralelos. Há uma profusão de estudos teóricos, assim como interessantes relatos de experiências, mas não há maiores aprofundamentos metodológicos.

Níveis de Interação em Grupos Intergeracionais

Com o objetivo de disciplinar nosso olhar tornando mais efetivas as nossas observações do processo grupal, podemos pensar em diferentes níveis de interação entre as gerações que desenvolvem as atividades, como em uma espécie de sociograma das relações grupais.

- Nível 1 – Ação professor/alunos: Em algumas atividades, como aulas ou palestras, moços e velhos são objeto de uma ação educativa promovida por terceiros, figurando tão somente como colegas de estudos ou brincadeiras, neste caso temos já uma importante e estratégica aproximação preparatória, ainda que pouca interação, já que as atenções tendem a se concentrar no professor. Pode ser um começo, e ensejar conversas paralelas e formação de amizades.
- Nível 2 – Ação geracional unívoca: Em outro tipo de atividade o idoso ensina algo para crianças e adolescentes, como acontece em projetos de contação de histórias ou de oficinas de memória de brinquedos artesanais. Ou, ao contrário, como a mencionada experiência do projeto Internet Livre: os mais jovens é que são os professores. Já há aqui uma interação mais forte entre as idades, mas não há muita reciprocidade na transmissão de conteúdos.
- Nível 3 – Ação intergeracional propriamente dita: Em um nível mais complexo, as atividades podem se configurar em processos mais intensos de educação recíproca, quando, por exemplo, há um processo de criação coletiva como em uma oficina de teatro, dentro de um contexto de uma relação mais longa, mais duradoura. Por vezes, tais interações ultrapassam os limites de local e horário das atividades e as conversas se prolongam pelos corredores e durante os intervalos, na hora do cafezinho. Entrevistamos idosos e adolescentes de um grupo teatral do SESC e verificamos a ocorrência de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

encontros na casa de um ou de outro para a memorização de textos e ensaios. O grupo da orquestra de cordas de uma das unidades da instituição tem o hábito de tomar cerveja e comer pizza, em um ambiente de confraternização, e é assim que surgem amizades entre pessoas de diferentes idades.

Enfim, com diversos graus de intensidade, essas atividades tendem a promover o encontro de gerações. Esse processo produz benefícios para todos os participantes, que se traduzem no desenvolvimento da compreensão, do conhecimento e do afeto mútuos. Disso tudo resulta uma visão mais realista sobre as demais gerações, fator decisivo para a luta contra a segregação das faixas de idade, segregação que empobrece as relações sociais e que provoca o preconceito etário em suas várias direções, dos velhos em relação aos jovens e destes em relação aos idosos.

Se pensarmos que a classificação dos indivíduos em faixas etárias e que as "invenções" da infância, da adolescência e da velhice são fenômenos da modernidade, podemos supor que nos albores dos tempos pós-modernos em que estamos situados, possam estar sendo geradas condições para uma reaproximação de gerações, favorecidas pela diversidade cada vez maior de estilos de vida de jovens e idosos. Acreditamos haver alguns indícios dessa abertura para outras gerações, principalmente pelas novas formas de se vivenciar a velhice e o processo de envelhecimento.

Concluindo, é preciso que ações dessa natureza se aperfeiçoem e se multipliquem. Esta reflexão se apóia na certeza de que o compartilhamento das experiências de velhos e moços, ao promover o conhecimento do outro, combate o preconceito etário e pode efetivamente contribuir para a edificação de uma sociedade mais justa, tolerante, democrática e solidária.

Referências Bibliográficas

1. Ariès P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p. 275-279.
2. Attias-Donfut C. Sociologie des générations: l'empreinte du temps. Paris: PUF; 1988. p. 10.
3. Attias-Donfut C. Vers de nouvelles coopérations des générations pour le développment. Gerontologie e Société. Paris; 1990; 55:84-98.
4. Bosi E. Memória e Sociedade - Lembranças de Velhos. São Paulo: Queiroz Editor; 1979. p. 362.
5. Bosi E. Universidade aberta à terceira idade Universidade de São Paulo: 2º semestre. São Paulo; 2003. Catálogo.
6. Featherstone M. A Velhice e o Envelhecimento na Pós-Modernidade. São Paulo, SESC, Revista A Terceira Idade, Ano X, n. 14, agosto/98, p. 10.
7. Ferrigno JC. Co-educação entre gerações. Petrópolis: Vozes; 2003.
8. Fingerman K. We Had a Nice Little Chat – Age and Generational Differences in Mothers' and Daughters' Descriptions of Enjoyable Visits. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences; 2000, n° 55, p. 95-106.
9. Foracchi M. A juventude na sociedade contemporânea. São Paulo: Pioneira; 1972. p. 27.
10. Freedman VA, Wolf SBJ, Stephen EH. Intergenerational Transfer: a question of perspective. The Gerontologist; 1991; 31(5): 640-647.
11. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977. p. 78-79.
12. Jares X. Educação e Conflito: Guia de Educação para convivência. Porto: Asa Editores; 2002. p. 7-13.
13. Johnson ES, Bursk BJ. O relacionamento entre os idosos e os filhos adultos. In: Wagner. Cadernos do Curso de Gerontologia Social. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae; 1982.
14. Long M, Valora e Martin P. Personality, Relationship Closeness, and Loneliness of Oldest Old Adults and their Children. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences; 2000; 55:311-319.
15. Lye DN. Adult Child-Parent Relationships. Annual Reviews of Sociology; 1996; 22:79-102.
16. Oliveira PS. Vidas Compartilhadas: Cultura e Co-educação de Gerações na Vida Cotidiana. São Paulo, Hucitec/Fapesp; 1999. p. 27.
17. Pereira LF, Marialice. Educação e Sociedade. 6 ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional; 1973. p. 31-32.
18. Mannheim K. The Problems of Generations. In: Essays on the Sociology of Knowledge. London: Routledge and Paul; 1952. p. 288.
19. Reboul O. Filosofia da Educação. São Paulo: Cia. Editora Nacional; 1980. p. 7.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

20 Lazer, Ocupação do Tempo Livre e os Programas da Terceira Idade

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

Introdução

Falar sobre lazer é falar sobre a forma mais primitiva, do ponto de vista evolutivo, do "fazer humano", e que persiste durante toda a vida. Os programas da terceira idade hoje, com suas atividades de exploração, de fantasia, de imaginação, de esportes e de criatividade, são todos parte da experiência humana do lazer.

Embora, em nossa cultura, o lazer e os programas da terceira idade emerjam na aposentadoria e como conseqüência do aumento da expectativa de vida, atualmente os mesmos tem conotações diferentes das que até então conhecíamos, graças à evolução que vêm sofrendo os diferentes modos de pensar a velhice e o ser velho.

O velho hoje vive mais e melhor, embora não tanto quanto gostaria, mas já é mais conscientizado, mais participante, mais atento melhora qualidade de vida desse período, mais politizado na defesa seus direitos de ser humano e de cidadão.

É importante esclarecer que o lazer tem alto significado, não só na fase da aposentadoria, mas para a sociedade como um todo, uma vez que é fonte de criação cultural, de resgate do homem e de favorecimento de uma nova socialização.

Assim, abordaremos o lazer e os programas da terceira idade como partes integrantes do "fazer humano", suas relações com o trabalho, suas diferentes concepções, dimensões e funções, destacando inclusive a função de desenvolvimento pessoal que, segundo Dumazedier[9], "é a função que permite uma participação social maior e mais livre, a prática de uma cultura desinteressada do corpo, da sensibilidade e da razão".

O lazer, presta-se à ampliação da consciência individual e social, ao aguçamento da sensibilidade com relação às manifestações culturais, ao desenvolvimento da criatividade e à estimulação de sentimentos de solidariedade e práticas de cooperação entre grupos e pessoas. Expressa também a possibilidade de desenvolvimento de um processo educacional de crescimento humano, aproximando gerações e facilitando oportunidades de surgimento de talentos. Pode ainda ser encarado como desenvolvimento da personalidade, como tempo de sociabilidade que permite a participação criteriosa do indivíduo na vida política, social, econômica, cultural e religiosa.

Considerações Gerais

Idoso, velho, terceira idade são diferentes nomes para identificar o mesmo processo, o processo de envelhecimento. Este é um processo dinâmico, heterogêneo, que incorpora, no dizer de Debert[6], questões de gênero, cultura, condições individuais e sociais.

A aposentadoria até pouco tempo era um marco de passagem para a velhice; porém é Debert[5] quem aponta que "os novos padrões de aposentadoria que englo-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

bam, entre os aposentados, um contingente cada vez mais jovem da população, dão também uma nova configuração aos modos de gestão da velhice. A nova estrutura de empregos é concomitante à criação de uma séria de etapas intermediárias no interior da vida adulta, como a meia-idade, a terceira idade e a aposentadoria ativa".

A tendência hoje é não vincular à velhice conotações negativas ou pejorativas, e, ao contrário, valorizar o velho, incentivando as potencialidades e habilidades individuais sem contudo descartar as perdas que ocorrem ao longo do processo do envelhecimento.

Essa dimensão reflexiva não pode ser esquecida. É preciso considerar não só o fato de que o velho vive mais tempo, mas a qualidade de vida desses anos. Ainda que doenças crônicas acompanhem o cotidiano de uma parcela desse contingente populacional, é preciso dar a esses idosos a atenção básica e os cuidados que lhe são necessários, como também viabilizar possibilidades de gerenciar sua vida, preservar sua autonomia, seu tempo livre, seu lazer[21].

É fato que se vive mais hoje: Berquó[1] apresenta dados significativos, mapeando a população idosa segundo as variáveis: sexo, raça, escolaridade, renda, tipo de família, participação no mercado de trabalho, e também aponta suas necessidades. Segundo Berquó[1], em 1991 a população total idosa atingiu mais de sete milhões de pessoas; em 2000, oito milhões e para 2010 há uma projeção de 11 milhões[2]. As projeções do IBGE[13] revelam que a expectativa de vida no Brasil, que era de 70,4 em 2000, deverá subir para 81,2 em 2050.

Se hoje vive-se mais, como os dados vêm demonstrando, como viver bem, ou seja, como viver com qualidade, estes anos?

Podemos constatar que os anos que constituem o período da velhice se iniciam cronologicamente com 60 anos ou mais, período em que as pessoas estão praticamente desobrigadas do trabalho remunerado e de outras tarefas domésticas e sociais. O ingresso nesse período vem então acompanhado por um imenso tempo livre, em que o fazer, que é uma necessidade humana, encontra-se bastante prejudicado, principalmente, entre outras causas, pela falta de preparação para vivenciá-lo.

O "Fazer" como Necessidade Básica do Ser Humano

O "fazer", a "ação", é uma entre as necessidades básicas do homem. É através da ação que o indivíduo, seja qual for sua idade, explora e domina a si próprio e ao mundo que o cerca. Ele cria, descobre, aprende, se realiza, se relaciona, se transforma e transforma seu meio e seu mundo. Desta forma, constrói sua própria história, determinando inclusive o que conseguir, objetivando e assimilando valores.

São vários os estudos que enfatizam e reconhecem o "fazer" como uma necessidade do ser humano. Kielhofner[16] fundamenta-se no modelo sistêmico descrevendo o homem como um sistema aberto, que se mantém e se transformapor meio de sua ação. O sistema representa o homem, e a interação do sistema com o ambiente é a "ação", o "fazer".

O fazer inclui atividades que vão desde os cuidados pessoais às atividades da vida diária (AVDs) — comer, vestir, locomoção, comunicação, higiene pessoal —, passando pelas atividades da vida prática (AVPs) — telefonar, fazer compras, pagar contas etc. — pelo trabalho, o lazer e a manutenção dos direitos e papéis sociais.

Há um relacionamento dinâmico entre as várias formas do fazer durante todo o ciclo da vida, que se caracteriza como os meios pelos quais os indivíduos preenchem seu tempo, criam circunstâncias de sua existência diária e determinam seu lugar no mundo.

O "Fazer" e o Processo de Envelhecimento

Na terceira idade, na velhice, ou ainda na aposentadoria, o indivíduo na maioria das vezes deixa seu trabalho remunerado, mas não deixa de "fazer".

Essa necessidade permanece, pois é constante, é dinâmica, é evolutiva. O fato de se ouvir, por parte de alguns, "já fiz muito, quero descansar, plantei, agora quero colher os frutos", não deixa de ser um direito adquirido, mas não é uma atitude saudável, principalmente quando as pessoas se limitam a permanecer apenas com essas respostas; poderíamos dizer até que essa é uma atitude desmobilizadora.

Dependendo da filosofia de vida, e dos valores individuais e sociais, para alguns o envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil, sem sentido; já para outros pode ser um tempo de liberdade, de desligamento de compromissos profissionais, de fazer aquilo que não se teve tempo de fazer quando jovem, de aproveitar a vida.

O descansar é importante, o colher os frutos também, mas só isso não basta para esse período da vida em que o indivíduo adquiriu toda uma expe-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

riência, uma vivência. Ele tem ainda muito a dar e a receber e, principalmente, a trocar. Precisa continuar vivendo, lutando, crescendo. O crescimento, evidentemente, não é nem em tamanho nem em competência profissional, mas sim na vida afetiva, social e intelectual.

Como já dissemos, um dos fatores que prejudicam o cotidiano das pessoas neste período é a falta de preparação para esta fase de vida, aliada muitas vezes à perda de *status* e à conseqüente desvalorização social, fazendo com que o direito à aposentadoria e ao uso do tempo livre se tornem não um benefício, uma conquista, ou até um prêmio, mas um período indesejável, carregado de tédio, marginalização e de preocupação econômica para muitos.

Aposentadoria e Tempo Livre

Aposentadoria

A aposentadoria geralmente é um evento importante na vida das pessoas. Como diz Wagner[26], "estimula a consciência do envelhecimento". Pode ser também, continua a autora, um marcador de mudança na dinâmica familiar, pois ocorre em um ponto do ciclo de vida no qual a capacidade adaptativa individual é limitada como resultado de dificuldades biológicas progressivas e de rigidez de personalidade. Também os suportes sociais já estão reduzidos em número e há poucos relacionamentos de amizade e familiares. Freqüentemente, o relacionamento familiar assume uma posição crítica no sistema de suporte interpessoal do aposentado. A aposentadoria também pode ser marcada pela ausência de papéis sociais a serem desempenhados, pela inexistência de novos planos e objetivos para a vida nesta fase, e pela representação negativa que é feita da velhice, fatores que contribuem para que se inicie neste momento o processo de isolamento social das pessoas que por direito chegaram à aposentadoria. Por outro lado, não podemos nos esquecer que a aposentadoria é uma extensão do direito universal do trabalho. A conquista da aposentadoria fez parte do conjunto de reivindicações do movimento operário no início do século XX. A luta por melhoria dos índices salariais, redução da jornada de trabalho, férias, aposentadoria, regulamentação do trabalho de mulheres e crianças, motivaram as manifestações grevistas e os congressos operários e sindicais nas primeiras décadas desse século.

O direito ao tempo livre é, portanto, uma conquista; mas uma conquista que não é valorizada pelo aposentado, porque na realidade ele foi acostumado a outro ritmo, o da produção, que ocupava a maior parte do seu tempo. Agora, liberto das obrigações profissionais e de outras ocupações, é dono de um tempo livre com o qual não sabe o que fazer e como utilizar.

Ao longo da vida, a sociedade organiza e mobiliza as forças vitais da pessoa, principalmente por intermédio da família e do trabalho. Por ocasião da aposentadoria, o indivíduo ouve comentários como: "Você foi um bom servidor do tempo, soube organizá-lo de acordo com os desejos e necessidades dessa sociedade, agora você é livre para usar seu tempo como conseguir."

Na vida ativa, o tempo passa rápido, é curto, é escasso para o que se quer fazer. E na aposentadoria, na velhice, muitos, por não saberem o que fazer do seu tempo, passam ao uso patológico do mesmo. Muitos compensam a desocupação com excesso de comida (principalmente as mulheres) ou bebida (principalmente os homens), outros tornam-se hipocondríacos, e outros ainda sentem-se tristes, sem conseguir explicar o motivo de sua tristeza.

O que vamos fazer do nosso tempo? Como vamos viver da melhor forma esse período da vida, se ele é afetado em uma de suas necessidades básicas, que abrange exatamente a maior parte do seu tempo, "o fazer"?

É certo que há dificuldades que bloqueiam ou dificultam o desempenho natural do "fazer" nesse período. Os fatores físicos característicos da própria idade, levam a um desgaste físico natural, prejudicando a independência na realização das atividades: os fatores psicoemocionais também interferem; porque este é um período em que são freqüentes problemas como solidão, depressão, perdas, problemas familiares, sentimento de inutilidade e outros; e há ainda os fatores sociais, como a desvalorização, a marginalização etc. Entretanto, existe ainda um futuro que a própria pessoa continua a construir.

Para se descobrir a capacidade de enfrentamento desta dimensão do tempo é preciso inicialmente redistribuí-lo e reorganizá-lo, continuando os projetos com criatividade, energia, iniciativa; e atividades que dêem ritmo e significado à vida para não se cair no vazio.

Uma das formas utilizadas hoje para ajudar o futuro aposentado é a criação dos programas de pré-aposentadoria.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Programas de Preparação para a Aposentadoria

Os programas de pré-aposentadoria (PPAs) vêm se desenvolvendo cada vez mais em nosso meio, principalmente em empresas estatais, multinacionais, do setor bancário e outras. São programas que vêm surgindo no Brasil, a exemplo de outros países, em função das problemáticas enfrentadas pelos aposentados em nível burocrático, social e psicológico, inclusive com referência ao tempo, no enfrentamento do aposentado em relação a esse período.

"A brusca passagem de um tempo contratado e preparado (organizado em torno do trabalho) para um tempo livre pode resultar em uma verdadeira desorientação temporal. O desaparecimento de referências cronológicas habituais, a dissolução e a pobreza das atividades cotidianas dão uma impressão de ilusão do tempo e uma enorme dificuldade, senão uma impossibilidade, de se construir o próprio tempo vivido."

É mais uma argumentação a favor da necessidade de preparação do indivíduo para esse período e de que sejam desenvolvidos programas de preparação para aposentadoria que procurem, através da reflexão, a conscientização do processo de envelhecimento e das atitudes de cada indivíduo diante desse processo, levando-se em conta que nesse período há uma alteração da relação e do equilíbrio nos fatores econômicos, sociais e familiares dos empregados, que praticamente são pegos de surpresa no momento da aposentadoria, porque não se preocuparam em traçar planos de vida e condutas diferenciadas para esse novo período.

Esses programas têm basicamente caráter formativo e informativo, e um eixo comum quanto aos assuntos abordados, mas precisam ser rigorosamente organizados, levando-se em conta as perspectivas e necessidades dos empregados, as quais divergem bastante. São programas que permitem, ainda, a possibilidade de educação para o lazer no sentido mais abrangente, como veremos adiante.

Lazer e Trabalho

Falar sobre lazer significa falar em trabalho, pois historicamente as noções de lazer e trabalho confundem-se nas civilizações mais remotas[7]. Na Antiguidade, o trabalho era associado a punição e dor, e desprezado pelas elites. Posteriormente, esse desprezo passa a restringir-se apenas ao trabalho manual. Mais, tarde, na Idade Média, não só o trabalho ganhou dignidade como os dias festivos adquiriram importância. O ritmo do trabalho passa a ser determinado pelas estações do ano e interrompido por jogos e festas. Com a revolução religiosa do início do século XVI, deflagra-se um processo de supervalorização do trabalho e de condenação do tempo livre. O lazer perde terreno. A economia se dinamiza e o processo de revolução industrial se inicia quando se exacerbam as idéias da importância do fator trabalho e o trabalhador se vê privado do seu lazer e de suas incipientes vantagens sociais. Predomina uma visão utilitarista do mundo, na qual o lazer não tem lugar e o trabalho é moralmente supervalorizado. A humanidade inicia então o que veio a se caracterizar posteriormente como civilização industrial.

Contudo, é o próprio desenvolvimento da civilização industrial, acompanhado de continuados progressos tecnológicos, que estimula a recolocação da temática do lazer no século XX, quando são ampliadas suas dimensões e sua importância.

As concepções a respeito do lazer e as condições históricas que as criaram são fatos não muito bem digeridos no mundo contemporâneo. O tempo livre e sua ampliação constante fizeram irromper uma importante revolução social, cujo processo ainda está em evolução. O lazer constitui hoje um fato social de alta importância, condicionado evidentemente pelo tipo de trabalho que, por sua vez, exerce influência sobre ele, ambos formando um todo.

Hoje o tempo não é ocupado unicamente pelo trabalho. Os anos de trabalho não mais se sucedem sem interrupção, pois são separados pelas férias. A vida de trabalho não termina mais unicamente devido à doença e à morte, mas tem um fim legal que assegura ao indivíduo o direito ao repouso. Existe um tempo novo que é ocupado por outras atividades reais e possíveis.

Assim, vemos que não se pode falar de lazer sem considerar as modificações determinadas pelo trabalho e pelos diferentes contextos sociais, levando em consideração a heterogeneidade de sua estrutura.

O lazer representa hoje um valor. Ele possui relações sutis e profundas com todos os grandes problemas oriundos do trabalho, da família e da política que, sob sua influência, passam a ser tratados em novos termos.

Concepções de Lazer

Pesquisando e estudando o assunto percebemos que não há ainda um consenso sobre o significado do

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lazer entre os estudiosos do assunto, os técnicos da área ou mesmo no senso comum.

Falar sobre lazer hoje é, para alguns, associá-lo a experiências individuais vivenciadas, reduzindo-o muitas vezes a visões parciais, restritas a determinadas atividades.

Marcellino[17,18] chama a atenção para a maneira como, até mesmo os órgãos públicos, a partir da década de 1970, vêm incorporando o termo para denominar repartições de prestações de serviços públicos, geralmente associando-o restritivamente a setores culturais específicos como secretarias ou divisões de "Esporte e Lazer", "Recreação e Lazer", "Cultura e Lazer" etc.

Há também valores que são comumente associados ao lazer, como divertimento e descanso, que colocam em risco seu verdadeiro significado, permitindo que seja utilizado como fuga, fonte de alienação ou simples consumo. O que notamos nas diversas conceituações sobre o lazer é que são enfatizadas duas grandes linhas. A primeira envolve o aspecto psicológico, representada entre outros por Reisman[22] e Kaplan[15], para os quais "lazer é um estilo de comportamento, é igual a prazer", enfatizando o aspecto "atitude" independentemente de um tempo determinado e fazendo com que qualquer situação possa se constituir em oportunidade para a prática do lazer. O estilo de vida pode ser definido como o modo pessoal pelo qual cada indivíduo ajeita sua vida cotidiana.

Uma segunda linha envolve o aspecto sociológico e privilegia o "tempo", quer situando-o como liberado do trabalho ao final do dia, da semana, de um ano inteiro ou ao final de uma vida de trabalho, quer situando-o como tempo livre, não só do trabalho, mas de outras obrigações: familiares, sociais, religiosas e políticas.

Este segundo aspecto é defendido por um dos mais conhecidos e renomados pesquisadores do lazer, Joffre Dumazedier[9], que conceitua o lazer como "o tempo outorgado pela sociedade ao indivíduo após o cumprimento de suas obrigações profissionais, familiares, sociais, espirituais e políticas". Ou, como descreve em seu livro, *Lazer e Cultura Popular* :

"O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após se livrar ou se desembaraçar das obrigações profissionais, familiares e sociais. Esta última reúne as três funções do lazer apontadas pelo seu autor: descanso; divertimento, recreação e entretenimento; desenvolvimento pessoal."

Em nosso meio, também encontramos estudiosos de destaque em assuntos de lazer, como a psicóloga Medeiros[20] e os sociólogos Requixa[23], Camargo[3] e Marcellino[17,18], para citar alguns.

O que se nota é a prevalência entre os mesmos da posição de Dumazedier[10]. É o próprio Marcellino[17,18] que questiona a falta de "autenticidade" da maioria da produção teórica brasileira sobre o lazer, considerando "por autenticidade" não a originalidade mas a legitimidade embasada na realidade social concreta.

Continua este autor: "O que se verifica é a filiação a esta ou aquela corrente de pensamento tomando-se como critério a análise dos argumentos dos seus autores representativos pertencentes a sociedades altamente desenvolvidas tecnologicamente ou portadoras de sólida tradição cultural."

Para Medeiros[20], "lazer é o espaço de tempo não comprometido do qual podemos dispor livremente porque já cumprimos nossas obrigações de trabalho e vida".

Requixa[24] define o lazer como "ocupação não obrigatória, de livre escolha do indivíduo que a vive e cujos valores propiciam condições de recuperação psicossomática e de desenvolvimento pessoal e social".

Já Marcellino[17,18] define o lazer como "a cultura compreendida no seu sentido mais amplo, vivenciada (praticada ou fruída) no tempo disponível, não como contraposição do trabalho, mas em estreita relação com o mesmo e as demais esferas de obrigação da vida social, combinando os aspectos tempo e atitude no valor da atuação no plano cultural numa perspectiva granisciana como instrumento de mudança social e na crítica à visão funcionalista do lazer".

A disponibilidade de tempo, para este autor, significa possibilidade de opção pela atividade prática ou contemplativa. O autor prefere o uso de tempo disponível considerando-o diferente de tempo livre, pois, segundo o mesmo, tempo algum pode ser considerado livre de coações ou normas de conduta social, mas lembra bem que o tempo do desempregado, por exemplo, não pode ser entendido como tempo disponível mas sim desocupado, pois não há possibilidade de opção por atividade ou contemplação.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Lazer como Opção no Uso do Tempo Livre na Terceira Idade

As Dimensões do Lazer

A terceira idade, ou o período da aposentadoria, pode ser caracterizada como a grande fase da possibilidade de lazer, de realização pessoal e de investimento em si próprio.

O dimensionamento do lazer reside na possibilidade de suscitar atitudes ativas durante a utilização do tempo livre, como a participação consciente e voluntária na vida social, opondo-se ao isolamento e ao recolhimento, e a exigência de um progresso pessoal livre, pela busca, na utilização do tempo livre, de um equilíbrio, na medida do possível pessoal, entre o repouso, a distração e o desenvolvimento contínuo e harmonioso da personalidade.

Funções do Lazer

Dumazedier[10] distingue no lazer três funções principais:

1. *Descanso*, como a função segundo a qual o lazer é um reparador dos desgastes físicos e mentais provocados pelas tensões das obrigações cotidianas.
2. *Recreação, divertimento e entretenimento*, como a função que tem um caráter de reparador do tédio. Como exemplo, temos a monotonia das tarefas parceladas, que leva à busca de uma compensação e de fuga por meio de divertimento e evasão para um mundo diferente e mesmo diverso do enfrentado todos os dias.
3. *Desenvolvimento pessoal*, que, segundo o autor, "é a função que permite uma participação social maior e mais livre, a prática de uma cultura desinteressada do corpo, da sensibilidade e da razão. Além da formação prática e técnica, oferece novas possibilidades de integração voluntária à vida de agrupamentos recreativos, culturais e sociais, cria novas formas de aprendizagem voluntária a serem praticadas durante toda a vida e contribui para o surgimento de condutas inovadoras e criadoras. Suscita no indivíduo livre de suas obrigações profissionais comportamentos deliberadamente escolhidos e que visem ao completo desenvolvimento da personalidade dentro de um estilo de vida pessoal e social".

Classificação das Atividades de Lazer

Dumazedier[10] faz ainda uma classificação das atividades de lazer distinguindo-as por áreas de interesse:

- *manuais*: são atividades práticas que proporcionam prazer por meio do manuseio da matéria-prima, imprimindo-lhes um sentido estético e/ou utilitário;
- *intelectuais*: o lazer pode ser um exercício do conhecimento em qualquer campo, pois tudo na vida é fonte de conhecimento, de informação e de aprendizagem;
- *associativas*: sempre pode haver um conteúdo de sociabilidade expresso no contato com amigos, parentes, colegas de trabalho ou de bairro, é o prazer do convívio social com outras pessoas;
- *artísticas*: ligadas ao campo estético do belo, da emoção, do encantamento, do sentimento;
- *físicas*: são aquelas atividades que levam o indivíduo a conhecer novos lugares e formas de vida, permitindo, num curto período, alterar a rotina cotidiana, utilizar férias, fins de semana, praia, montanha, lugares históricos, sítios, casa de campo, visitas a *shopping centers*, parques e outras.

O Lazer e os Programas da Terceira Idade

Como já foi enfatizado, a terceira idade é uma época que pode ser caracterizada como um período de aproveitamento para realização pessoal de investimento em si próprio. Uma das grandes vantagens é o tempo livre de que as pessoas dispõem, tornando possível a participação em atividades antes quase impensáveis.

O lazer, hoje, vem se constituindo no mais diversificado e mais extenso conjunto de atividades para essa faixa etária.

Os centros de convivência, as universidades abertas à terceira idade, as escolas da terceira idade, a criação crescente de espaços de convivência social, são alguns dos exemplos de opções feitas pelo indivíduo idoso que procura este ou aquele local para satisfação de suas necessidades e investimento em si próprio.

Centros de Convivência Abertos à Terceira Idade

Os centros de convivência, também chamados centros de vivência, grupos de idosos, grupos da terceira idade, clubes e similares, existem evidentemen-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

te com diferentes objetivos, dependendo das necessidades dos seus participantes, mas todos, sem dúvida alguma, os levam a se modificar, criar novos valores, novas maneiras de pensar, de sentir e de agir, e facilitam as modificações e transformações das relações sociais que continuamente vão se enriquecendo.

Nesses centros os idosos conhecem outras pessoas, redescobrem-se, trocam, vivem, sonham, se ajudam. De um modo geral esses centros têm contribuído para:

- facilitar a oportunidade de grupo, de socialização, de participação, de vivência de manutenção dos direitos e papéis sociais;
- ajudar o idoso, por meio das diferentes atividades, a vencer sua constante incapacidade para lidar com perdas múltiplas;
- manter e adaptar pelo maior tempo possível a sua independência física, mental e social;
- estimular o indivíduo a realizar atividades visando ao treinamento sensorial e o desenvolvimento da criatividade;
- reconstruir padrões de vida e atividades;
- avaliar o desempenho adaptativo do idoso como um dos indicadores de saúde.

Tais centros podem então ser:

- de ação social, por exemplo, para visitas e cuidados a idosos doentes, confecções de roupas, atividades em creches etc.;
- de desenvolvimento de atividades culturais: teatro, música, coral, oficina literária etc.;
- de socialização, onde as pessoas se reúnem para compertilhar experiências;
- de produção ou confecção de objetos para serem comercializados, como artesanato, criação de animais, horticulturas etc.;
- de desenvolvimento de atividades educacionais: palestras, filmes, informações etc.

Esses centros de convivência também são encontrados em programas de atenção aos idosos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) como formas de oferecer os mais velhos os benefícios disponíveis para a população em atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Universidades Abertas à Terceira Idade. Universidades da Terceira Idade. Escolas da Terceira Idade

As Universidades Abertas à Terceira Idade, Universidades da Terceira Idade, Escolas para a Terceira Idade, como são chamadas, vêm sendo a partir dos anos 1990 implantadas em diversas Universidades ou Instituições de Ensino isoladas, principalmente as de caráter particular, em quase todas as unidades da Federação. Representam uma proposta de educação permanente, uma oportunidade de livre acesso a cursos de extensão cultural (nas entidades privadas) ou a vagas oferecidas em cursos regulares (nas entidades públicas) sem exigência de diploma ou certificados anteriores[14].

São instituições que se constituem hoje como opção de participação do idoso e que o leva à satisfação de muitas de suas necessidades, muito particularmente as que vão ao encontro da terceira função do lazer apontada por Dumazedier[10], qual seja a de desenvolvimento pessoal.

A participação nas universidades abertas à terceira idade, como explicita Martins de Sá[19], "implica uma participação efetiva na sociedade, o que por sua vez relaciona-se a reordenações da vida cotidiana do cidadão idoso e ao regresso do cidadão ao cotidiano, como indivíduo capaz de lidar com as próprias emoções e com situações de conflito, compreender o processo do envelhecimento, enriquecer e ampliar o seu ser social, engajar-se num trabalho criador, ligado à arte, à ciência, à moral e à ação coletiva".

São também as universidades abertas à terceira idade e as escolas da terceira idade os locais e os momentos que possibilitarão a educação para o lazer na terceira idade, para o aprendizado da redistribuição do tempo e da adaptação e aproveitamento do tempo livre, principalmente porque, embora esta educação deva ser feita desde a infância, pois todas as dimensões da vida humana devem ser desenvolvidas desde o início da vida, a faixa etária da terceira idade atual não teve essa oportunidade em relação ao lazer e ao tempo livre. Pelo contrário, é uma geração que sempre colocou o trabalho como centro de sua vida, como única forma de seu agir, de tal forma que, chegando na aposentadoria, na terceira idade, ou seja, na velhice, pode apresentar um desequilíbrio interior, ao qual a adaptação se torna bastante difícil necessitando uma reeducação do tempo.

As universidades abertas à terceira idade, como a Universidade de São Paulo, têm como objetivo possibilitar ao idoso aprofundar conhecimentos em alguma área de seu interesse e ao mesmo tempo trocar informações e experiências com os jovens. São universidades que, além de atender aos benefícios já comentados por esse tipo de instituição, favorecem a convivência com gerações mais novas, viabilizando o aprendizado do conhecimento e da adaptação entre

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

as diferentes gerações, na medida em que criam um ambiente onde a criatividade, a autonomia e a liberdade são vividas coletivamente. Exigem como idade mínima 60 anos, como estabelece a ONU e a Unesco. O idoso escolhe as disciplinas que deseja cursar e também as atividades complementares (palestras, cursos, semanas culturais, caminhadas etc.).

Grande parte das unidades da USP oferece disciplinas com um número de vagas ao Projeto da Universidade Aberta à Terceira Idade.

A título de curiosidade e também de esclarecimento, citamos a seguir alguns exemplos de unidades com as disciplinas que são oferecidas, para que o leitor tenha uma idéia do que é oferecido à pessoas com 60 anos e mais; acabe por refletir e discutir como essa metodologia pode beneficiar seus participantes.

Escola de Comunicações e Artes

Disciplinas: Folclore Brasileiro, Gravura II, Barroco no Brasil, Laboratório de Artes Plásticas, Modelagem, Cerâmica, Estética e Teórica do Áudio Visual, Jornalismo e Saúde: a experiência brasileira etc.

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Disciplinas: Antropologia, Poder e Diferença, Introdução ao Estudo do Parentesco, Sistemas Partidários e Eleitorais etc.

Instituto de Matemática e Estatística

Disciplinas: Noções de Ensino da Matemática Usando o Computador, Noções de Estatística, Álgebra Linear etc.

Atividades Complementares Didático-Culturais

Destacam-se algumas:

Astronomia para Terceira Idade, Viagem ao Centro da Terra, A Importância de Adquirir Produtos Certificados, Uma Breve História do Cinema Mundial, Bioenergia e Auto-cura, Elementos de Conservação Ambiental, Habitação, Vida Privada e Cotidiano, Meditação Dirigida, Saúde e Qualidade de Vida, A Tecnologia e a Terceira Idade.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP oferece um ciclo de palestras em algumas disciplinas, com temas como:

O Amor e a Paixão são Formas de Hipnose?, Sou Adepto dos Vegetais: Realmente Eles Suprem Minhas Necessidades?, Minha Neta Diz que "Gosta de Ficar": Como Conviver com esta Mudança Social?

Estas são algumas das oportunidades oferecidas nos diversos *campi* da USP: São Paulo, Bauru, Piracicaba, Pirassununga, Ribeirão Preto e São Carlos. (Catálogo da Universidade Aberta à Terceira Idade — 2º semestre 2003)

Barreiras para a Prática do Lazer e dos Programas para a Terceira Idade

Uma das mais sérias barreiras para a prática do lazer e dos programas da terceira idade é sem dúvida alguma o desconhecimento do alto significado que os mesmos tem para a vida.

Na prática, verificamos que existem ainda idéias preconceituosas originadas da confusão entre as noções de ócio e lazer[11], no valor da produção como centro da vida do indivíduo e da família antes e depois da aposentadoria. Idéias preconceituosas também existem nas possibilidades de criação pelas pessoas idosas e essas práticas elencadas anteriormente podem, como bem diz Debert[6]: "explorar a criatividade do idoso como recurso para melhorar sua criação ajuda a liberação de esteriótipos limitadores, promovendo maior vitalidade psíquica, autonomia e confiança".

E continua a autora: "a luta contra os preconceitos e estereótipos leva a uma celebração do envelhecimento como um momento em que a realização pessoal a satisfação e o prazer encontram seu auge, e são vividos de maneira mais madura e profícua."

Podemos também apontar como barreira que, embora seja um direito, não são todos que se aposentam que têm tempo livre, há os que necessitam dedicar-se a uma segunda ou terceira carreira, ao trabalho autônomo, à doação de causas sociais ou mesmo aos cuidados da casa e da família, à aposentadoria ativa.

Conclusões

O lazer e os programas da terceira idade fazem parte do fazer humano, com um alto significado para o desenvolvimento pessoal e coletivo da humanidade. Precisam, portanto, serem entendidos em todas as suas dimensões, pois só assim levarão à reflexão, à crítica, à mudança, ao questionamento e à transformação social.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Na terceira idade, com a aposentadoria, há uma possibilidade para essas práticas decorrentes da disponibilidade maior do tempo livre nesse período, mas a comunidade precisa ser educada para ver no aposentado um membro contribuinte da sociedade e não um fardo econômico, pois novas formas de participação social serão identificadas a partir do conhecimento das diferentes opções que essa comunidade pode oferecer, e que possibilitarão às pessoas da terceira idade a formulação de novos planos de vida mediante a definição de novos objetivos e novas metas a serem alcançadas.

Atividades sociais, voluntárias, comunitárias e sindicais constituem abertura para o estabelecimento de novos canais de comunicação entre as pessoas da terceira idade, as demais gerações e todo o contexto da sociedade da qual fazem parte.

O engajamento a uma destas formas de participação social tem mostrado mudanças consideráveis no comportamento de pessoas que, após a aposentadoria, mostravam-se apáticas, implicantes, resistentes ou até agressivas no seu relacionamento interpessoal. Hoje a consciência para a participação dessas práticas vem evoluindo de tal forma que seus participantes demonstram saber com precisão onde e com quem vale a pena assistir tal conferência, fazer determinado tipo de ginástica, participar de coral, de excursões turísticas, enfim, compartilhar a experiência do envelhecimento reduzindo os problemas de solidão quebrando os preconceitos e estereótipos, e resgatando a dignidade do idoso. Os espaços dessas práticas são espaços de cidadania, de aprendizado de novos conhecimentos e de aquisição de novas experiências.

A prática do lazer e dos programas da terceira idade deve, portanto, ser entendida como expressão e desenvolvimento pessoal num vasto grupo social, ou seja, a integração e reintegração do homem como ser social, onde emergem como realmente significativos o direito à escolha e o exercício da liberdade de opção.

Referências Bibliográficas

1. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população brasileira. In: Neri A L, Debert GG (orgs.). Velhice e Sociedade. Campinas: Papirus; 1999.
2. Camarano A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In Freitas EV et al. (eds.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Camargo LOL. Lazer e desenvolvimento urbano. Boletim. CBCISS. Rio de Janeiro: 1980.
4. Camargo LOL. O que é lazer. 3 ed. São Paulo: 1992.
5. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp; 1999.
6. Debert GG. Antropologia e Velhice. Textos didáticos, n. 19, IFCH: UNICAMP; 1988.
7. Dejours C. A loucura do trabalho: Estudo da psicopatologia do trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez; 1988.
8. Dumazedier J. Valores e conteúdos culturais do lazer. São Paulo: SESC; 1980.
9. Dumazedier J. Lazer e cultura popular.. São Paulo: Perspectiva; 1973.
10. Dumazedier J. Sociologia empírica do lazer. São Paulo: Perspectiva; 1979.
11. Freyre G. Tempo, ócio e arte: reflexões de um latino americano em face do avanço da automação. Revista Brasileira de Cultura. 1970; Janeiro 2(3):jan/março.
12. Greiner E. Tempo livre e liberdade. Anais do I Encontro Nacional sobre Lazer. Rio de Janeiro: SESC; 1977.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE. Projeção da Expectativa de Vida para 2050. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatística/populacao/projecao2004.
14. Jordão Netto A. Universidade Aberta para a terceira idade: uma avaliação crítica. O mundo da Saúde; 1997; 21: 4.
15. Kaplan M. Lazer nos Estados Unidos. Cadernos de Lazer. Brasiliense 3. São Paulo: Sesc; 1978.
16. Kielhofner G. Health through occupation. Philadelphia: C.A. Company; 1983.
17. Marcellino NC. Lazer e educação. 2 ed. Campinas: Papirus; 1990.
18. Marcellino NC. Pedagogia da animação. Campinas: Papirus; 1990.
19. Martins de Sá JL. Universidade da terceira idade: fundamentos educacionais, filosóficos e epistemológicos. Campinas; 1992.
20. Medeiros EB. Educação para o lazer. Boletim de Intercâmbio. Rio de Janeiro: Sesc (3); 1980.
21. Mediondo MSZ. Os costumes na vida cotidiana dos idosos: possibilidades e limites. Porto Alegre. Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. (Dissertação de Mestrado); 1996.
22. Reisman, D. A multidão solitária. São Paulo: Perspectiva; 1971.
23. Requixa R. O lazer no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1977.
24. Requixa R. Sugestões de diretrizes para uma política nacional de lazer. São Paulo: SESC; 1980.
25. Schom Jam. O moral, o trabalho e o lazer na aposentadoria. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 4(2),1986. The Haworth Press.
26. Wagner ECM. Aspectos sociais no climatério Feminino. Cadernos do Curso de Especialização em Gerontologia. Instituto Sedes Sapientiae; 1995.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parte III

Aspectos Psicológicos e Sexualidade

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

21 Aspectos Psicológicos do Envelhecimento

Valmari Cristina Aranha

Introdução

Pensar o envelhecimento torna-se algo bastante difícil e angustiante, pois, como Simone de Beauvoir[1] nos diz, o termo velhice encontra-se entre os "irrealizáveis sartreanos", ou seja, acreditamos que nunca o atingiremos. Passamos a vida negando e ignorando o processo de envelhecimento, como se ele não existisse e fizesse parte das nossas vidas desde o momento da concepção. Envelhecer não é condicional somente à idade cronológica, mas sim a uma vivência subjetiva da passagem do tempo que, sendo subjetiva, depende da responsabilidade de cada um. Torna-se mais fácil atribuir as características do envelhecimento somente à idade, pois, deste modo, tira-se do indivíduo toda e qualquer responsabilidade sobre o processo de envelhecimento, principalmente no que tange às limitações decorrentes de cuidados não tomados, de decisões e de escolhas mal conduzidas.

A velhice é permeada por momentos de reflexão, de análise, especialmente do passado que, quando não é satisfatória, pode favorecer sentimentos de inadequação e de culpa responsáveis por desencadear muitos comprometimentos emocionais no idoso.

Segundo Goldfarb[15], a velhice não pode ser nomeada sem provocar medo e rejeição, como algo da ordem do diabólico. Assistimos neste século ao quase desaparecimento do adjetivo "velho", que deu lugar a "da terceira idade" ou "de idade avançada" e a muitas outras tentativas de nomeação de algo que não é mais nominável no discurso do homem moderno.

O velho é sempre o outro; nunca conseguimos nos reconhecer como tal, a menos que a limitação nos encontre e nos faça encarar aquilo de que fugimos a vida toda. De uma hora para outra seremos "velho", "o tão temido velho" e teremos de responder à difícil pergunta: "O que é ser velho?" Teremos de questionar se é possível aprender a conviver com tal condição e se não será tarde demais para tanto.

A velhice surge em nossas vidas como uma ruptura, denotando mudanças antes ignoradas, demonstrado vulnerabilidades e disfunções físicas e/ou psíquicas mais do que experiências e conquistas, que somente são percebidas posteriormente ao quadro inicial de espanto e de estranhamento — este geralmente comum no que se refere a minorias e a imagens estereotipadas, frutos de preconceitos instituídos culturalmente.

A velhice é tratada como algo alheio ao próprio indivíduo, amedronta e imobiliza. Incomoda porque contraria os padrões culturais vigentes, como beleza, vitalidade, sensualidade e saúde.

A maioria das pessoas somente busca ajuda ou tratamento após a tomada de consciência das mudanças geradas pelos efeitos físicos, psicológicos e/ou sociais resultantes do processo de envelhecimento. Quando os indivíduos não podem mais negar esses efeitos há um minar da efetividade de seu equilíbrio narcísico e o pa-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

norama de envelhecimento passa a ser ameaçador, gerando o medo da fragmentação e da desintegração. O que antes era único, integrado e suficiente, passa então a ser visto como transitório, e, portanto, finito.

Em decorrência das ansiedades que gera, pensar o envelhecimento remete, na maioria das vezes, a dificuldades, perdas e limitações, relegando para segundo plano o que essa fase da vida tem de belo e positivo. Há uma tendência inerente ao ser humano de minimizar o interesse atribuído a seus ganhos, prazeres e ampliar as frustrações e os sofrimentos. Com a velhice não seria diferente.

Para a psicanálise, o indivíduo é movido por forças inconscientes, atemporais e onipotentes, para as quais não existe limite nem tempo. A velhice, por sua vez, surge para abalar esses conceitos e impor a existência da finitude, carregando consigo a experiência concreta do declínio e demonstrando que ele é inevitável. Isso propicia a incômoda constatação cognitiva, emocional e corporal de que as limitações existem e são crescentes. Cada indivíduo reage à tal constatação de acordo com sua personalidade e com os recursos externos de que dispõe para tanto, como veremos no decorrer do texto.

Para Freud[10], é impossível ao indivíduo imaginar a própria morte. Inconscientemente, somos convencidos da imortalidade e da onipotência, pensamentos estes incompatíveis com o processo de envelhecimento, que remete, na maioria das vezes, à limitação, à dependência e à finitude. O temor pela decadência acaba por interferir em muito na dinâmica do envelhecer e no cuidado/atenção a ele dispensado por idosos e, principalmente, não idosos. É difícil aproximar-se do que mais se teme.

Um problema de saúde específico, no decorrer da vida, pode ou não se desenvolver, já o envelhecimento, a menos que haja algum "acidente de percurso", acontecerá a todos. O contato direto com idosos torna mais fácil a identificação* com as limitações por eles vivenciadas e o surgimento de mecanismos de defesa contra as angústias que elas desencadeiam.

O fato de manter contato direto com "algo" que causa angústia pode interferir de forma intensa na maneira como se lida com a população idosa. Todos que mantêm contato direto ou indireto com idosos, sejam amigos, familiares ou, principalmente, profissionais de saúde que trabalham com o envelhecimento, necessitam ter resolvidas consigo mesmos algumas questões relativas ao envelhecimento e à própria morte para que, assim, possam evitar iatrogênias comuns, tais como abandonar ou deixar de dar a atenção necessária ao idoso.

É extremamente difícil abordar alguns assuntos com os idosos, principalmente os aqueles dizem respeito aos relacionamentos afetivos, à sexualidade e à morte. Na prática cotidiana, é possível identificar interesse dos idosos em abordar tais aspectos — a dificuldade é dos "não idosos", que demonstram resistência** e dificuldades emocionais. Tais sentimentos são projetados nos idosos, ou, melhor, nas representações que se tem dos idosos — que, como indivíduos desejosos redescobrindo a própria identidade e a necessidade de satisfazer suas necessidades, vêm se mostrando atualmente mais críticos e flexíveis às mudanças do que os mais novos gostariam.

Segundo Stuart Hall[16], as sociedades pós-modernas, de modo geral, vivem uma crise nas identidades como parte de um processo mais amplo de mudança, que desloca as estruturas e os processos centrais das sociedades modernas, abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem estável no mundo social. Vive-se hoje um momento marcado pelas descontinuidades, pela fragmentação e pela ruptura. Situação esta complicadora para todos que vivem este momento, principalmente para os idosos, cujas noções de continuidade, experiência de vida e pertencimento histórico são essenciais.

O homem pós-moderno se defronta com dificuldades para lidar com os idosos; falta-lhe recurso intelectual para tanto porque ele abriu mão do universo conceitual que lhe dava sentido na totalidade das experiências individuais e culturais em nome de uma liberdade ilusória pautada no individualismo narcísico.

Essa nova forma de organização social pós-moderna prega, direta ou indiretamente, um individualis-

*Identificação: "Processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações."[18]

**Resistência: "Tudo o que nos atos e palavras do analisando, durante o tratamento psicanalítico, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente. Por extensão, Freud falou de resistência à psicanálise para designar uma atitude de oposição às suas descobertas na medida em que elas revelavam os desejos inconscientes e infligiam ao homem um 'vexame psicológico'."[18]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mo exacerbado, não no sentido do indivisível, mas, sim, no sentido da busca por defesas cada vez mais narcísicas, interferindo na constituição da identidade dos sujeitos e nas relações por ele estabelecidas.

Para a psicanálise, a identidade é algo formado ao longo do tempo em processos inconscientes. Há sempre algo do imaginário. Ela permanece sempre incompleta, em formação, "em processo". Assim, em vez de falarmos em identidade como um aspecto pronto e acabado, deveríamos falar, conforme propõe Stuart Hall[16], em "identificação", e vê-la sempre como um processo em andamento. O que temos hoje é a identificação com ideais cada vez mais distantes daquilo que o idoso realmente representa.

O velho cada vez mais vive "dilemas", sejam eles internos ou externos, mediados principalmente pelo meio social e cultural em que vive. A mídia, especialmente os meios de comunicação de massa, exige padrões de beleza e de juventude na maioria das vezes inatingíveis para os jovens e, mais ainda, para os idosos. Estes, além de apresentarem maiores limitações físicas e comprometimentos orgânicos (doenças crônicas), encontram-se fora do mercado de trabalho sem produzir e consumir, como pregam esses meios atuais. Dessa inadequação muitos incômodos surgem e são traduzidos em adoecimento.

Já é sabido que os idosos tendem a representar suas angústias e dificuldades emocionais por meio de queixas corporais levadas principalmente aos serviços públicos de saúde, onde lhes é oferecido um pouco de atenção — nesse caso, sendo o médico o primeiro a entrar em contato com a situação. Fica também atribuída ao médico a responsabilidade pelo tratamento e encaminhamento do paciente e de suas demandas. O ideal seria que o profissional da área médica não precisasse assumir a situação sozinho, mas que tivesse a seu lado uma equipe interdisciplinar com quem partilhasse a tarefa.

Em síntese, é possível perceber, no contato com a população idosa, que muito da problemática do envelhecimento encontra-se relacionada à qualidade da vida e dos vínculos desenvolvidos ao longo dela. A possibilidade de envelhecer de maneira bem-sucedida depende basicamente dos recursos de que se dispõe para enfrentar as dificuldades, principalmente dos recursos internos, que são o tema deste capítulo. A qualidade desses recursos internos, porém, depende de uma série de fatores, como a história de vida (biografia) e a forma como cada um entende o processo de envelhecimento e a velhice, conforme descrito a seguir.

Envelhecimento e Velhice

Os significados atribuídos a esses termos são apreendidos a partir da história da interação do sujeito com eventos físicos e socioculturais, ou seja, são mediados pelas vivências pessoais e sociais de cada um em relação aos conceitos e inter-relações existentes entre presente, passado e futuro.

O processo de envelhecimento é uma vivência bastante individual: cada um direciona sua vida conforme o resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos e culturais aos quais foi submetido ao longo da sua existência.

Para Messy[19], o envelhecimento é um processo irreversível que se inscreve no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo; e velhice seria a fase avançada desse processo, em direção à morte. Parece simples, mas, na prática, não é bem assim que acontece. Envelhecimento e velhice são temas que remetem diretamente ao subjetivo e à estrutura emocional de cada um, e não é tão fácil como se pensa lidar com as angústias geradas por tais termos e seus significados. Daí a dificuldade de nomeação colocada por tantos autores.

Como envelhecer num meio social tão conturbado e conflitante como o já descrito? Viveremos a velhice como vivemos todas as outras fases de nossas vidas — chegar aos "60 anos" não significa que nossa personalidade e nossos recursos para enfrentar as dificuldades se transformam. O tempo, para Neri[20], "é um ente natural que determina o destino dos homens ao permitir a vida a cada dia, mas a leva consigo à medida de seu transcurso. Ele desgasta, amadurece ou devasta as pessoas. Apura suas qualidades, como o faz com os vinhos". Porém, não é bem isso o que acontece com o envelhecimento. Reagimos a ele como se não fizesse parte de nossa vida, como se fosse algo alheio ao próprio eu e, portanto, externo e estranho ao sujeito que envelhece; sujeito aqui com sentido de passividade, de alguém que sofre uma ação contra a qual é impotente.

Atribui-se ao efeito do tempo características próprias da personalidade. O que acontece aos vinhos parece não se aplicar aos indivíduos idosos, pois características negativas anteriores jamais são admitidas; é preciso sempre justificá-las com algo externo — no caso, a idade.

Aspectos culturais interferem na maneira de olhar o envelhecimento e, conseqüentemente, na maneira como a pessoa idosa vai se constituir nesse meio. Aceita-se que a atenção dada à pessoa idosa varia

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

consideravelmente entre as culturas, e parece estar sujeita a flutuações históricas, oscilando entre períodos de profundo respeito ao idoso e períodos de desdenhosa exclusão social. Os autores acreditam que, ainda que as incapacidades e necessidades dos idosos sejam óbvias, não há razão para que o idoso não seja valorizado como portador de uma experiência de vida em muitos aspectos incomensurável. O que não é considerado pelos autores são as dificuldades dos "não velhos" no que diz respeito ao processo de envelhecimento que interferem diretamente na maneira como os idosos são tratados hoje pelos mais jovens.

As ideologias culturais atuais contam com uma considerável bagagem de condutas negativas em relação aos idosos, muitas delas operadas de forma inconsciente e tantas outras francamente explícitas. À juventude se atribui o prazer e o privilégio, reservando-se ao envelhecer problemas e desprazer. Essa é a filosofia vigente, é a cultura do prático, do descartável, do belo e da mídia.

Para Gavião[13], a passagem do tempo favorece uma compreensão mais ampla, mais realista e mais sintética da existência, o que pode proporcionar mais serenidade. Embora a sabedoria de vida não seja necessariamente alcançada por todos, a idade avançada estimula as reflexões existenciais, a introspecção e o autoquestionamento, que podem ser interessantes para o desenvolvimento pessoal, mesmo com a proximidade da morte.

A velhice hoje é considerada e apresentada no contexto social de forma destrutiva, contribuindo para que o idoso seja identificado com fracasso, doença e sofrimento, culminando com um idoso excluído, que assimila essas características e reage a elas de diversas formas, variando da passividade (comportamentos depressivos e isolamento) à postura agressiva (rebeldia e intransigência).

Quando é possível compreender que atitudes intransigentes, irritabilidade excessiva, solicitações e queixas constantes refletem a fragilidade vivenciada pelo idoso diante de suas limitações, torna-se mais fácil darlhe suporte psicológico para lidar menos regressivamente com suas frustrações, acolhendo-o em suas angústias (o que não significa superproteção) e estimulando-o a enfrentar a realidade sem se desvalorizar e sem perder de vista os aspectos positivos de sua vida[13].

Para Goldfarb[15], a falta de reconhecimento social da velhice, de um lugar simbólico, da redução do prazer, resultam na desnarcisação do sujeito. Isto é, a falta de investimento do ambiente no sujeito e viceversa, o que impede a elaboração das perdas e provoca um crescente empobrecimento da vida afetiva. Freqüentemente, a resposta a esse processo é o adoecimento, como forma de defesa contra as angústias daí resultantes. No trabalho com idosos isso se traduz em queixas somáticas, que nada mais são do que conflitos emocionais não elaborados que só encontraram representação através do corpo.

O que caracteriza alguém como velho não é a idade cronológica, mas sim atitudes e pensamentos, como fixação em perdas, embotamento da curiosidade, falta de desejo, de criatividade e de ilusões para enfrentar as dificuldades. Como afirma Favez[25], a vida é uma seqüência de ilusões e desilusões. Nosso imaginário é uma alternativa constante nessas duas posições. A ilusão é indispensável porque, quando cessam todas as ilusões — e este é um grave problema freqüente na velhice —, há queda das motivações, levando principalmente à depressão.

É comum ouvir de idosos que não há mais sonhos nem perspectivas futuras. O tempo é visto como curto e as possibilidades de mudanças cada vez mais distantes, o que se reflete em traços de rigidez e inflexibilidade apresentados por alguns idosos frente a determinadas situações. O uso ou não desses recursos frente à frustração depende da personalidade de cada um e das experiências prévias. Esses recursos geralmente são empregados por indivíduos com vivências positivas pouco significativas ou já esquecidas.

Conforme discutido anteriormente, vivenciamos o processo de envelhecimento da mesma forma que o fazemos em outras fases anteriores do desenvolvimento — não será melhor, nem pior. Se quando jovem um indivíduo era considerado "chato", na velhice será considerado "ranzinza", e assim por diante. Não é somente a idade que justifica comportamentos e atitudes, mas a forma como a personalidade se estrutura. Há muitas discussões e controvérsias quanto à diferença entre a problemática do envelhecimento e a problemática geral da personalidade. Na velhice, tudo é atribuído à idade, e deixa-se de lado características de personalidade próprias de cada indivíduo e do contexto socioeconômico em que eles estão inseridos.

São inegáveis as influências das experiências infantis na estruturação psíquica e suas repercussões na vida adulta e na velhice. Não é raro encontrarmos, entre pacientes idosos, a revivescência de conflitos edípicos, desencadeados principalmente pela neces-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sidade de cuidados básicos de higiene, geralmente realizados por filhos.

Segundo Dewald[7], o núcleo da personalidade é estabelecido durante a infância e permanece em níveis inconscientes. Com o processo de maturação, os elementos da personalidade refletem os efeitos desses mecanismos nucleares. O autor considera que os potenciais para a psicopatologia nos adultos são fixações, conflitos inconscientes não resolvidos e traumas que excedem a capacidade adaptativa, além de fatores biológicos, socioculturais e constitucionais.

Bianchi[3] coloca que a estrutura psíquica se comporta diante do tempo de maneira passiva — sofre uma espécie de erosão, mas, nem por isso, deixa de manter sua forma típica. Em seus trabalhos, ele cita vários autores para esclarecer que, com o processo de envelhecimento, há "uma tendência à melhora das síndromes ansioso-fóbicas"; "um efeito atenuante sobre os obsessionais, mantendo-se eles, todavia, na própria estrutura"; "nos histéricos, embora os fenômenos de conversão tenham tendência a regredir, a idade mantém 'traços de caráter típicos'".

A idade avançada carrega consigo a perspectiva de fim do eu, tida como um desafio psíquico que, por sua vez, pressupõe, segundo o mesmo autor, um trabalho psíquico com uma dupla exigência: conservar o desejo pela própria vida, até o fim, considerando a realidade da frustração desse desejo, ou seja, viver considerando a possibilidade do fim. Tarefa aparentemente simples, mas que na prática é bastante complexa e demanda grande esforço interno para ser realizada.

Jaques[3] descreve um conjunto de traços e mecanismos que intervêm habitualmente no envelhecimento:

- tendência a desinteressar-se pelo mundo e pelos outros;
- tendência ao recolhimento narcísico;
- perda das capacidades de sublimação;
- regressão para etapas pré-genitais do desenvolvimento;
- tendência ao ciúme, ligado à frustração.

Ou, ao contrário:

- atitudes maníacas ou de recusa;
- acompanhadas freqüentemente, umas e outras, de uma idealização da infância;
- oposta, qual um baluarte, à tomada de consciência do perigo de aniquilamento evocado pela morte.

Na realidade, idealização e recusa conotam então a volta, com toda a força, de uma onipotência infantil envolvida no movimento regressivo de que participa o traço, freqüentemente notado, da dependência afetiva, fortalecido às vezes pela condição social real do ancião.

Para superar as angústias geradas pela perspectiva da finitude é necessário que se tenha desenvolvido recursos para a elaboração das perdas e dos lutos ocorridos ao longo da vida, que tendem a aumentar com a passagem do tempo. A capacidade para adaptar-se às situações de perda depende muito do grau de maturidade, da auto-estima, da tolerância à frustração e da capacidade de reinvestir em objetos substitutivos. Sofrerão muito mais com as perdas aqueles que apresentarem histórico de não-adaptação e estrutura de personalidade comprometida, recorrendo, na maioria das vezes, às psicopatologias como forma de solucionar conflitos emocionais.

O aparelho psíquico precisa ser considerado na sua função de relação, uma vez que a vida psíquica inteira é fundamentalmente vida de relação — com o processo de envelhecimento haveria uma redução dessa função. Os investimentos fora do ego, condição da manutenção da continuidade subjetiva, ficariam diminuídos por conta das perdas e das frustrações ocorridas durante a vida. Isso levaria à volta da libido ao próprio ego, então um ego fragilizado e incapaz de fazer reinvestimentos externos, como fazia anteriormente, tão essenciais para a manutenção de uma continuidade de sentido e, conseqüentemente, de saúde mental. Sentido entendido aqui como "aquilo que mobiliza o investimento de maneira que o aparelho psíquico possa permanecer em atividade, ou seja, manter a continuidade subjetiva"[3].

Com o processo de envelhecimento há sempre mudança na relação entre as instâncias que compõem o funcionamento mental (para a psicanálise id, ego e superego)*, independente da forma como a personalidade se encontra estruturada.

*Sendo o id uma das três instâncias diferenciadas por Freud. Constitui-se no pólo pulsional da personalidade. Seus conteúdos, expressão psíquica das pulsões, são inconscientes. Por um lado, hereditários e inatos, e, por outro, recalcados e adquiridos. Do ponto de vista econômico, é o reservatório inicial da energia psíquica; do ponto de vista dinâmico, entra em conflito com o ego e o superego que, do ponto de vista genético, são as suas diferenciações[18]. O ego, outra instância do funcionamento mental, tem relação de dependência tanto com as reivindicações do id, como com os imperativos do superego e exigências da realidade. Sua autonomia é apenas relativa[18]. O superego é a instância cujo papel em relação ao ego é comparável ao de um juiz ou de um censor. Freud vê na consciência moral, na auto-observação, na formação de ideais funções do superego[18].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para Gavião[13], ao longo do envelhecimento o aparelho psíquico sofre um processo involutivo que se traduz em:

- fragilização do ego, devido às pressões da realidade;
- afrouxamento do superego, pelas experiências acumuladas durante a vida e pela proximidade da morte;
- reemergência das demandas do id, havendo uma flexibilidade de valores morais.

Esse processo involutivo interfere diretamente na maneira de ver o mundo e de agir ou não sobre ele.

Os principais resultantes emocionais de um envelhecimento malsucedido são:

- queixas psíquicas a respeito do próprio corpo, numa inter-relação entre problemas físicos e emocionais;
- perda da identidade corporal, o corpo deixando de ser fonte de prazer e passando a ser fonte de dor, justificando descasos com higiene e pouca adesão ao uso de medicações e de prescrições.

Por que cuidar de um corpo que é feio e só dói? Esta é uma das principais perguntas feitas pelos idosos "mal-envelhecidos".

Os investimentos e as comparações feitas em relação ao próprio corpo têm como parâmetro o corpo do passado, inviabilizando qualquer satisfação com sua condição atual. Tal insatisfação com o corpo influencia o idoso de modo integral, sendo mais severa e radical no campo da sexualidade.

Sexualidade

O tema da sexualidade, por si só, gera dificuldades — quando associado ao envelhecimento, então, é motivo de pavor. É um tema incômodo, delicado, mas que não pode ser excluído quando se pretende discutir saúde mental e qualidade de vida do idoso.

Antes de questionar a sexualidade do idoso é importante questionar a própria sexualidade.

Reconhecer sua existência implica eliminar estereótipos e preconceitos, principalmente dos não idosos. Idéias comuns como as de o idoso ser "assexuado", "impotente" e "não ter mais interesse no assunto" parecem nos tranqüilizar quando temos dificuldades, mas não é o que acontece na prática.

A maioria das dificuldades em abordar a sexualidade do idoso demonstra que o incômodo existe no próprio tema da sexualidade, que, se incomoda, não está bem resolvido. Como ajudar o outro a resolver algo que não é bem resolvido na minha própria vida? Ignorar a questão pode ser uma saída, mas não funcionará por muito tempo, pois os conflitos ressurgirão por outras vias, principalmente a somática. As somatizações aparecem como uma forma de controlar e expressar sentimentos, tais como medo, agressividade, sentimentos de perda e manifestações eróticas. Muitos sintomas corporais do idoso são expressão de afetos inibidos e de fantasias inconscientes, geralmente decorrentes do não exercício da sexualidade.

Existem muitas dúvidas e discussões quanto ao que é normal na sexualidade do idoso. Moralismos, dogmas religiosos, doenças, falta de privacidade, fim do período reprodutivo, entre outros fatores interferem diretamente nas representações que se tem dessa sexualidade e na maneira como ela é considerada e "tratada".

A sexualidade na terceira idade deve ser considerada levando-se em conta a vida afetiva e sexual de fases anteriores ao envelhecimento. Indivíduos com pouco interesse em sexo nas fases anteriores à velhice, por exemplo, não vão ampliá-lo mais tarde. A maneira como cada um lida com sua sexualidade deve-se mais a traços de personalidade e menos à idade.

A idade pode ser usada como aliada, pois, nessa fase da vida, não se tem muitos dos impedimentos existentes em fases anteriores, como o risco de gravidez indesejada, a falta de tempo ou ainda a presença dos filhos em momentos inoportunos.

O envelhecimento não é só uma etapa de perdas, mas também de ganhos — uma de suas principais aquisições é uma visão mais ampla e mais global da existência, que, uma vez transposta para o campo da sexualidade, traduz-se no maior reconhecimento do prazer do contato físico e afetivo com um parceiro, e não só da valorização do ato sexual em si, como acontece em outras fases da vida. Para Gavião[9], a qualidade da relação do casal tende a ser mais valorizada que a quantidade de ereções e orgasmos, e sua vivência prazerosa estende-se além do ato sexual, cultuado em outras fases da vida a ponto de impedir a vivência de diferentes formas de satisfação igualmente prazerosas.

Paralelamente ao processo de envelhecimento, ocorrem algumas alterações fisiológicas importantes que interferem diretamente no comportamento sexual do idoso. Essas alterações variam de acordo com o gênero. No homem idoso, a função reprodutiva mostra um lento e progressivo declínio, pode haver

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

uma pequena perda de peso dos testículos e aumento de tecido fibroso nos espaços intertubulares. A produção de esperma continua, porém, em menor volume e com maior probabilidade de espermatozóides amorfos. A ereção também se torna mais lenta e menos freqüente e, depois do orgasmo, a detumescência torna-se rápida. Na mulher idosa, as repercussões fisiológicas do envelhecimento surgem de forma mais abrupta, principalmente no campo psicossocial. Os desequilíbrios neuroendócrinos associados à alteração dos níveis de hormônios sexuais resultam no climatério. O útero, por volta dos 50 anos, sofre perda de metade de sua massa; as trompas, a vagina e o clitóris diminuem de tamanho e a parede vaginal atrofia-se; os seios tornam-se flácidos e os mamilos diminuem.

Essas mudanças, não havendo doença ou efeito colateral medicamentoso, não costumam causar problemas sexuais, gerando alguns incômodos passíveis de serem contornados[13].

Diante do enfraquecimento da genitalidade e das suas formas de satisfação, a sexualidade infantil pode reassumir a importância notada em fases precoces da vida na forma de renovado interesse em pornografia, *voyeurismo*, exibicionismo, masturbação, homossexualidade e erotização das funções vegetativas. O ressurgimento de impulsos pré-genitais pode também ser expresso na importância acentuada atribuída à alimentação, ao conforto, à rigidez de hábitos ou ainda a interesses estéticos e intelectuais. Enfim, formas substitutivas de obtenção de prazer que não só o ato sexual em si.

O problema em relação às formas de satisfação dos desejos sexuais surge no tênue limite entre o normal e o patológico, que, a nosso ver, estaria na intensidade desses comportamentos e no grau de interferência e incômodo que eles causam à rotina de quem convive com o idoso. Essa intensidade, por sua vez, deve ser avaliada tomando-se como parâmetro os comportamentos sexuais prévios do indivíduo.

Alterações psicossociais também ocorrem com a idade. O homem vive mais sua feminilidade, passividade e intuição, antes projetadas na esposa e então liberadas com o cessar das exigências concretas da paternidade e do mercado de trabalho. Já a mulher torna-se mais autônoma e assertiva, livre do risco de engravidar, do trabalho e da cobrança dos filhos. Ela então é obrigada a assumir funções que antes eram desempenhadas pelo cônjuge, visto que muitas ficam viúvas e sozinhas.

No contato com idosos, algumas peculiaridades são notadas. Um exemplo é o aumento do homossexualismo, principalmente entre as mulheres. Além dessa população ser maioria, elas alegam que os homens da mesma faixa etária preferem mulheres mais jovens e que os homens mais jovens só se interessam por elas com interesses financeiros. Entre os homens, as dificuldades encontram-se relacionadas principalmente ao uso de preservativos. Alguns idosos alegam não usá-los porque interferem na capacidade de manter a ereção, e acabam expostos ao contágio de muitas doenças sexualmente transmissíveis.

Frente a essas e outras complicações da sexualidade na velhice, surge a masturbação como uma saída viável comumente usada pelos idosos de ambos os sexos. Uma saída viável, mas conflituosa, que acarreta culpa, principalmente de caráter religioso, e medo de que a prática seja descoberta e julgada por familiares como algo inadequado e indicador de doença mental ou distúrbio de caráter. Enfim, formas adaptativas de satisfação sexual precisam ser adotadas, respeitando-se as necessidades e a subjetividade de cada um.

Para um bom manejo da sexualidade no envelhecer é essencial considerar as experiências sexuais prévias e evitar generalizações — obrigar o idoso a ter vida sexual ativa é tão opressor quanto impedi-lo de seu exercício. O interesse e o desejo devem ser respeitados, principalmente no que tange ao grau e às possibilidades de satisfação que o idoso tem com sua forma de vida.

Principais Dificuldades

Uma das principais dificuldades percebidas quando se trabalha o envelhecimento psicológico é a não homogeneidade desse processo. Py[24] alerta para o risco da uniformização da velhice que, ao desconsiderar o modo próprio de cada sociedade envelhecer, instaura o preconceito e agrava a exclusão dos idosos. Como o envelhecimento é produto de um conjunto de fatores (estrutura de personalidade, relação com o tempo, contexto cultural), torna-se essencial considerar a subjetividade dessa vivência e a necessidade de não se buscar modelos prontos.

Trabalhar diretamente com idosos é algo bastante interessante e delicado — ao mesmo tempo em que os idosos, em sua maioria fraternos e dóceis, oferecem lições de vida e de sabedoria, mobilizam angústias e identificações nem sempre positivas. Reações

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

são manifestadas em relação a essas angústias, muitas delas vivenciadas na relação com o idoso, o que em psicanálise denomina-se contratransferência*. Essa contratransferência é responsável por muitas iatrogenias cometidas com idosos, impedindo que estes recebam tratamento adequado e atenção com relação às suas angústias e questionamentos, sejam eles físicos, psíquicos e/ou sociais. Por outro lado, pode servir como justificativa plausível para o estabelecimento de uma aliança incondicional com o idoso e de posicionamentos contrários à família ou à sociedade, sem se levar em consideração o contexto global.

Outro ponto a ser considerado no trabalho com idosos é a importância da família e dos suportes sociais disponíveis. Mudanças consideráveis no perfil familiar tiveram lugar. Antes, as famílias eram mais numerosas, as mulheres cuidavam das crianças e dos idosos; hoje, a mulher está no mercado de trabalho, as famílias são cada vez menores e mais pobres, o que resulta numa convivência nem sempre amigável entre várias gerações. Os idosos, por sua vez, não recebem cuidados adequados e nem atenção, recorrendo a instituições e serviços públicos de saúde, que também não estão preparados para atender a essa crescente demanda.

Outra dificuldade está no fato de que o idoso, quando procura ajuda fora de casa, geralmente nos serviços de saúde, não consegue ir além dos sintomas físicos. Dificilmente as queixas emocionais ou traços psicológicos por trás desses desconfortos físicos são identificados. Cabe, principalmente, ao psicólogo fazer tal diferenciação.

Entre as principais características psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento está a tendência à depressão, freqüentemente desencadeada pela conscientização das perdas funcionais e sociais dessa fase da vida. A depressão é a principal responsável pela procura por ajuda na população idosa, não pelo incômodo emocional, mas sim pelo comprometimento físico e pelo incômodo familiar. Para Neri[22], a instalação de doenças, as perdas de papéis ocupacionais, bem como as perdas afetivas, comumente presentes na velhice, podem provocar elevação no grau de ansiedade dos idosos e, conseqüentemente, aumento de patologias clínicas.

*Contratransferência: definida como o conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste[18].

Para Abraham e col. (1980), com o avançar da idade o indivíduo torna-se cada vez mais consciente de suas limitações e, quanto maior a rigidez da adaptação do caráter na vida precoce, mais severos são os sintomas de ansiedade e insegurança na velhice. Entendendo certos sintomas como reações defensivas às limitações típicas da velhice, os autores afirmam que a perda da memória torna-se um meio de evitar os desprazeres do presente. O sentimento de inferioridade, reforçado pelo declínio físico e mental, é compensado por atitudes autoritárias. O isolamento pode levar à introversão, enquanto a perda de consideração por parte de amigos e familiares induz a reações paranóides. As tensões psicológicas pronunciam-se na forma de queixas somáticas. A proximidade da morte pode levar à religiosidade, bem como a freqüentes consultas médicas desnecessárias.

A perda de parceiros, de amigos e de entes queridos aproxima do idoso a idéia de que ele também pode morrer, o que é demonstrado através do medo do sofrimento, que nada mais é do que o anúncio da finitude e da quebra da onipotência que todo sujeito carrega, mesmo que inconscientemente.

Com o passar do tempo, as vivências aumentam e, com elas, a possibilidade de erros e de acertos. A história de vida torna-se muito mais complexa e deve ser respeitada. Com a velhice, chega também o momento de reflexão, de confrontação entre objetivos atingidos e ideais almejados. Como o tempo que se tem para atingir os ideais que faltam é menor do que o usado até então, se o indivíduo não dispuser de experiências positivas e de "conquistas anteriores" poderá defrontar-se com a frustração e experimentar sensações desagradáveis.

Há com o processo de envelhecimento confronto entre as três dimensões temporais: presente, passado e futuro. Ante as dificuldades do presente, evoca-se o passado em busca de sentido. Ao futuro restariam as possibilidades de reparação, mas, se o futuro já não é mais tão possível, é arrancado do campo do desejo e desinvestido.

De acordo com a literatura sobre o tema e as experiências resultantes do trabalho com idosos, tem-se como principais quadros psicopatológicos decorrentes do processo de envelhecimento:

- depressão em função da sensação de impotência em lidar com a frustração e com culpas e da dificuldade em realizar reinvestimentos no mundo externo;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- ansiedade como forma de angústia inconsciente, medo do aniquilamento e da fragmentação, maior que o medo da própria morte;
- quadros demenciais como processo de aniquilamento do eu, devido a dificuldades na criação de uma nova subjetividade que reorganize as instâncias envolvidas no envelhecimento, e da incapacidade de elaborar as perdas sofridas durante a vida.

Duarte[8] considera envelhecimento normal aquele em que o indivíduo consegue, ao longo do tempo, adaptar-se aos rigores e agressões do meio ambiente, mantendo-se em estado de equilíbrio morfofuncional. Contrariamente, o envelhecimento patológico seria aquele em que o indivíduo não é capaz de reagir às agressões sem perdas e lesões que propiciem alterações morfológicas e fisiológicas impeditivas de uma perfeita adaptação e da volta ao estado anterior.

A fim de esclarecer e diferenciar o normal e o patológico no processo de envelhecimento, retomamos os conceitos de senescência e de senilidade psíquicas descritos por Gavião[13]. "Senescência psíquica" é a possibilidade de o indivíduo idoso encontrar satisfação de viver, apesar do enfrentamento de perdas ou de um estado de doença, o que dependerá de um funcionamento psíquico no qual prevaleçam sentimentos amorosos e construtivos, mesmo em situações adversas. Reações depressivas, algum nível de ansiedade e de instabilidade emocional são esperados e não devem ser confundidos com psicopatologia. Os distúrbios psicológicos na velhice, ou a "senilidade psíquica", estão muito mais relacionados com psicopatologias prévias do que com o processo do envelhecimento em si.

Enfim, diante de sintomas emocionais importantes apresentados pelo idoso, como alto nível de angústia, desmotivação, agressividade acentuada ou comportamentos bizarros, um psicodiagnóstico cuidadoso deve ser realizado, considerando-se não só os sintomas apresentados pelo paciente, como também os meios social e cultural em que o sujeito está inserido.

Possibilidades de Intervenção do Psicólogo

Dentre as especificidades próprias do funcionamento psíquico do idoso e dos conseqüentes sintomas e patologias decorrentes de um processo de envelhecimento não elaborado, o psicólogo torna-se o profissional mais preparado para realizar um diagnóstico diferencial. Principalmente porque considera traços de personalidade e uso de mecanismos de defesas inadequados responsáveis por patologias no envelhecimento erroneamente atribuídas à idade.

As intervenções no caso de idosos somente têm êxito quando organizadas de forma interdisciplinar, ou seja, integrando atenção e assistência ao idoso em todos os aspectos que este necessitar. É muito comum ouvir essa afirmação, mas a prática é mais complexa do que se imagina. Para que a interdisciplinaridade realmente exista é essencial a cada profissional que atua nesse contexto, além das especificidades de sua área de formação e de atuação, conhecer as especificidades de cada uma das outras áreas que compõem a mesma equipe, principalmente no que tange às condutas e aos encaminhamentos.

Os aspectos psicológicos, tema deste capítulo, são critérios para encaminhamento à avaliação psicológica. Além das psicopatologias mais conhecidas (depressão, ansiedade, psicoses, déficits cognitivos), destacam-se os seguintes sintomas: desadaptação ao contexto, traços ansiosos, estados depressivos, dificuldades de adesão à tratamentos e prescrições, desmotivação, excesso de queixas físicas, dependência exacerbada, estados maníacos, entre outros.

Para Berger[2], a velhice saudável dependerá de laços afetivos satisfatórios, tolerância ao estresse, espontaneidade, otimismo, capacidade de atualização e sentimentos de segurança e auto-estima.

A psicoterapia com idosos tem como principais objetivos:

- reforço egóico por meio do resgate de vivências prévias positivas;
- alívio sintomático das angústias emergenciais;
- favorecimento da adaptação às alterações da velhice, propiciando melhor aceitação da dependência decorrente desse processo;
- desenvolvimento da capacidade de falar sobre si e sobre seus problemas;
- alívio de sentimentos de insegurança;
- aumento da auto-estima;
- orientação quanto à utilização de mecanismos de defesa mais adequados e que menos incômodos;
- estímulo à busca por inserção social e por recursos da comunidade.

Para tanto, existem algumas modalidades possíveis de intervenção psicoterápica com idosos. De acordo com as necessidades mais recorrentes, as principais estão destacadas a seguir.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- *Psicoterapia suportiva*: indicada para idosos com maiores limitações físicas e emocionais, realizada com o objetivo de reforçar defesas e adaptar o ambiente às necessidades do paciente, visando ao implemento de sua autonomia. Há um estímulo à transferência positiva com a figura do terapeuta, que também tem papel central enquanto pessoa real. O agendamento é flexível e o término definitivo é evitado.
- *Psicoterapia breve dinâmica*: indicada para problemas circunscritos de curto prazo, como distúrbios de ajustamento, luto não elaborado, estresse pós-traumático. Tem como objetivo reassegurar e restaurar a auto-estima. Visa à melhora sintomática e à discussão realista da vida atual com focos temáticos. A transferência é analisada quando muito acentuada. Avalia as resistências como busca de alívio imediato.
- *Terapia cognitiva*: indicada para déficit cognitivo associado a sintomatologia depressiva, administrada com o objetivo de intensificar as capacidades de aprendizado adaptativo. Utiliza-se estimulação cognitiva e emocional, além de técnicas de reforço de comportamento (condicionamento).
- *Psicoterapia psicanalítica*: indicada para distúrbios adaptativos variados e desmotivação. Tem como objetivo o autoconhecimento, maior equilíbrio interno e, como conseqüência, o alívio de sintomas. Utiliza-se da análise e da interpretação dos diversos tipos de transferência; as sessões são regulares e o desligamento é gradual.

Enfim, uma terapêutica psicológica adequada é aquela que resgata o bom objeto interno e as experiências prévias positivas, que remete a conteúdos positivos internalizados e funciona como um meio que colabora, e não que exclui o idoso, características essenciais para a boa qualidade de vida na velhice. Algumas atitudes, porém, precisam ser tomadas para que esse ideal seja atingido, principalmente junto às pessoas que compõem esse meio — que somos todos nós. Para que atitudes possam ser tomadas é preciso que se conheça as reais necessidades do idoso e que pontos pretende-se atingir com a terapia. Principalmente, é preciso conhecer o porquê de negarmos tanto esse processo da vida, o envelhecimento, a ponto de ignorarmos a busca de possíveis soluções enquanto ainda podemos.

Discussão

Encerramos esta discussão retomando as palavras de Messy[19]: "A gerontologia não terá futuro se não reiterar o indivíduo e a velhice na história de uma vida inteira." Somente quando conseguirmos lidar com o envelhecimento como parte da vida teremos qualidade de vida e perspectivas de envelhecimento. O velho é sempre o outro, em quem não nos reconhecemos. A imagem da velhice é sempre uma imagem "externa". Se não faz parte de nós mesmos, não é preciso preocupar-se com ela — é assim que muitas vezes se pensa.

Enquanto houver esse tipo de pensamento, não será possível obter melhoria nas atitudes e no tratamento de idosos. Somente quando reconhecermos que a velhice é um problema e uma responsabilidade de todos, inclusive dos não idosos, poderemos chegar a um envelhecimento bem-sucedido.

Envelhecimento bem-sucedido é, aqui, nada mais que o resultado da busca de equilíbrio entre as limitações e dificuldades vivenciadas e as potencialidades internas e externas de que o indivíduo dispõe. Potencialidades estas que, na maioria das vezes, estão esquecidas. O trabalho do psicólogo, por vezes, deve servir como uma forma de auxiliar na redescoberta e na reorganização de sua utilização em prol de um aumento do grau de satisfação com o que se tem e com o que realmente se é, independentemente de isso ser bom ou ruim aos olhos alheios, cabendo a avaliação à subjetividade de cada um.

Bibliografia

1. Beauvoir S. A velhice: realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1970.
2. Berger L. Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: Berger L, Maillox-Poirier D (orgs.). Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta; 1995.
3. Bianchi H. O eu e o tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento. Tradução de Jean M. J. Briant. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.
4. Bosi E. Memória e sociedade. 2 ed. São Paulo: T. A. Queiroz Editor; 1983.
5. Butler RN, Lewis MI. Sexo e amor na terceira idade**.** São Paulo: Summus; 1985.
6. Debert GG. A reinvenção social da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP; 1999.
7. Dewald PA. Adult phases of the life cycle. In: Greenspan SJ, Pollock GH (eds.). The course of life: psychoanalytic contributions toward understanding personality development.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Adulthood and the aging process. Maryland: National HealthStudyCenter; 1980.
8. Duarte F. Envelhecimento normal e patológico. In: Py L (org.). Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU; 1999.
9. Duarte YO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
10. Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915). Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. 3 ed. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 309.
11. Freud S. Sobre a transitoriedade (1916). Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud . 3 ed. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 343.
12. Gatto IB. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 109.
13. Gavião ACD. Envelhecimento e psicoterapia psicanalítica: um estudo piloto através do método de Rorschach. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo; 1996.
14. Giddens A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da UNESP; 1993.
15. Goldfarb DC. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1988.
16. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. 3 ed. Rio de Janeiro: DP&A; 1999.
17. Koltai C. O estrangeiro. São Paulo: Escuta/FAPESP; 1998.
18. Laplanche J, Pontalis J. Vocabulário da psicanálise. Tradução Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
19. Messy J. A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: ALEPH; 1993.
20. Neri AL. Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas: Editora da Unicamp; 1991.
21. Neri AL. Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papirus; 1995.
22. Neri AL (org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993.
23. Py L (org.). Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU; 1999.
24. Py L. Testemunhas vivas da história. Rio de Janeiro: NAU; 1999.
25. Seminerio FP. Existência e finitude. In: Py L (org.). Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU; 1999.
26. Sennett R. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Tradução de Marcos Santarrita. 3ª tiragem. Rio de Janeiro: Record; 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

22 Aspectos Psicanalíticos do Envelhecimento Normal

José Ribeiro da Ponte

Introdução

Desde que Freud[12-13] escreveu seu artigo sobre a neurose de angústia, a psicanálise continua mostrando o interesse pelas questões referentes ao envelhecimento psíquico normal (EPN).

Embora uma discussão ampla sobre as teorias psicanalíticas esteja fora dos propósitos do presente capítulo, alguns conceitos da psicanálise (libido, amor, objeto, narcisismo, além de outros) serão descritos no decorrer deste texto.

Autores hoje em dia considerados clássicos da psicanálise, tais como Karl Abraham[1] e Sandor Ferenczi (1921), também deram seus testemunhos de que as questões referentes ao envelhecimento psíquico normal não são estranhas ao pensamento analítico.

Mais recentemente, o interesse dos psicanalistas pelo processo do envelhecimento vem aumentando e também sendo renovado, de maneira semelhante ao que aconteceu com outras disciplinas. Talvez se trate de uma conseqüência do impacto socioeconômico devido ao crescimento da população de pessoas idosas, que vem ocorrendo no mundo inteiro. A velhice tornou-se um fenômeno de civilização.

A despeito de tudo isso, a literatura existente a respeito da interpretação psicanalítica do processo de envelhecimento psíquico normal (PEPN) ainda nos parece escassa. Assim sendo, a publicação de um capítulo sobre este tema aparenta ser oportuna.

O propósito do presente capítulo é fazer uma revisão dos estudos publicados sobre a referida interpretação do EPN.

Procuramos descrever o tema utilizando uma linguagem acessível aos leitores em geral, independentemente de seus conhecimentos prévios sobre as teorias psicanalíticas. Contudo, não evitamos um certo rigor, uma vez que a simplificação excessiva desestruturaria o discurso que tentamos desenvolver. Na medida do possível, proporemos explicações teóricas e descrições que nos pareçam corresponder aos fatos observados no dia-a-dia das práticas gerontológica e geriátrica.

No que concerne à importância e à necessidade de um trabalho crítico a respeito dos fundamentos teóricos de cada ciência, invocaremos agora o testemunho de Albert Einstein[7], um dos físicos mais conceituados do século, em seu artigo "A física e a realidade". Einstein escreve que freqüentemente se tem dito que os cientistas são maus filósofos, e pergunta: "Não seria natural que o físico deixasse para o filósofo a tarefa de filosofar?" Para ele, isso seria natural em épocas anteriores, em que o físico acreditava dispor de um sistema estável de leis e de conceitos fundamentais, em relação aos quais não se poderiam levantar dúvidas. Porém, numa época como a nossa, na qual os próprios fundamentos da física se tornaram problemáticos, o físico não pode mais simplesmente abandonar o exame crítico dos fundamentos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

teóricos de sua ciência, deixando esta tarefa para os filósofos. Diz o proeminente cientista: "Cada um deve se esforçar no sentido de ter um bom entendimento e saber até que ponto os conceitos dos quais se utiliza são justificáveis e necessários. A reflexão crítica do físico não pode se limitar apenas ao exame dos conceitos de seu próprio domínio. Toda ciência nada mais é do que um refinamento dos pensamentos comuns." Nossa intenção tem sido tentar pôr em prática estes ensinamentos de Einstein.

O Ponto de Vista

Falaremos agora de uma questão que nos parece fundamental quando se pretende construir um discurso qualquer, que tenha inteligibilidade e que seja útil na prática. Estamos falando da questão do ponto de vista, a partir do qual se constrói um discurso.

Quaisquer que sejam os objetivos do nosso discurso, para construí-lo há necessidade de certos instrumentos conceituais que, em nossa perspectiva, chamaremos "objetos". Mas, como são criados esses objetos e qual é a importância deles?

Desde o começo do século, a contribuição dos lingüistas para um maior rigor no pensamento teórico tem sido bem reconhecida, inclusive por psicanalistas de grande prestígio.

Quanto à criação e importância desses objetos, dizia o lingüista suíço Ferdinand de Saussure[30] (a respeito do objeto da lingüística) que "é o ponto de vista que cria o objeto". Conseqüentemente, é fundamental que se escolha um ponto de vista capaz de criar objetos que sejam instrumentos conceituais apropriados para a construção do discurso que se está querendo propor. Isto é, se partirmos de um ponto de vista sociológico, por exemplo, os objetos criados só poderão ser úteis na construção de um discurso também sociológico. Embora tudo isso nos pareça óbvio, muitos discursos, inclusive alguns dos que se propõem a falar de envelhecimento psíquico normal, não são elaborados com os cuidados fundamentais que acabamos de mencionar. Evidentemente, tais discursos não conseguem deixar claras suas propostas nem se tornar úteis como instrumentos conceituais operantes na prática.

O Estruturalismo

Ainda a propósito da questão do ponto de vista, gostaríamos agora de caracterizar, embora de maneira muito resumida, o pensamento que vem dirigindo as mais variadas manifestações científicas. Talvez não haja expressão mais adequada para nomear a atividade intelectual da qual estamos falando neste momento do que o termo estruturalismo.

O uso dos termos estrutura e estruturalismo é antigo. Neste sentido, estrutura é uma combinação de elementos em forma de sistema, de tal modo que qualquer modificação em um deles implica a modificação de todos os demais elementos. Teoricamente, tal noção de estrutura não se refere à realidade empírica, e sim aos modelos teóricos construídos a partir dessa realidade. O objetivo do estruturalismo é o estudo das estruturas e das relações entre seus elementos. A partir da perspectiva estruturalista, cada conjunto de fenômenos de que trata uma determinada ciência é encarado como um sistema, e o trabalho fundamental passa a ser descobrir suas leis intrínsecas. No centro do interesse científico está o estudo da função, isto é, do funcionamento do sistema.

Uma noção estruturalista que, embora nos pareça de grande importância esclarecedora e de grande abrangência (inclusive a respeito das teorias freudianas), não tem sido suficientemente pesquisada, é a noção que foi denominada oposição.

É outro grande lingüista contemporâneo, Roman Jakobson, quem nos fala de um estruturalismo, cuja principal característica é o lugar central atribuído a esta noção de oposição, da lingüística estrutural. Todavia, foi o fenomenologista holandês Henrik Pos o inspirador de Jakobson. Em 1937, Pos apresentou ao 11º Congresso Internacional de Psicologia um estudo sobre "a noção de oposição em lingüística".

Para esses dois estudiosos, uma oposição é uma relação binária em que um termo evoca o outro de forma nítida, recíproca e necessária. Por exemplo, "claro" evoca outra idéia bem determinada, a idéia de "escuro". Essa forma de evocação é inevitável. Não se pode pensar em claro sem pensar em escuro. Mas por que estamos falando de estruturalismo?

A nosso ver, as noções estruturalistas de sistema, processo, estrutura e função, entre outras, são de grande importância na elaboração de modelos teóricos. Tais modelos, além de facilitar a compreensão de nossas questões práticas, possibilitam uma visão crítica dos discursos que são feitos sobre esta prática. Ademais, algumas teorias freudianas são evidentemente estruturalistas, inclusive baseadas no citado princípio de estrutura, a oposição. Em Freud, as oposições

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

aparecem com outras denominações, tais como polaridades, dualismos (como no caso da teoria das pulsões, na qual as pulsões de vida e as pulsões de morte constituem a relação binária, definida por Jakobson e por Henrik Pos como sendo uma oposição).

O Ponto de Vista Psicanalítico

Quando dizemos "ponto de vista psicanalítico", isto não quer dizer, de modo algum, que todos os psicanalistas já tenham pensado na possibilidade de uma interpretação psicanalítica do PEPN, nem mesmo que todos eles concordem com esta interpretação. De nossa parte, acreditamos que alguns conceitos psicanalíticos são instrumentos muito úteis, até mesmo imprescindíveis, na construção de um discurso a respeito do EPN propriamente dito.

O presente capítulo está baseado em uma revisão de estudos psicanalíticos, tanto do inventor da psicanálise como também de outros psicanalistas que, mais recentemente, desenvolveram suas pesquisas na busca de uma melhor compreensão do PEPN.

Para nós, foi estimulante e encorajador saber que Freud dizia que devemos pensar com liberdade na construção de hipóteses que nossa prática nos pareça indicar como mais prováveis. Uma parte da obra de Freud foi consagrada ao que se chamou "psicanálise aplicada". Hoje em dia, cerca de um quinto da produção de artigos psicanalíticos é constituído por estas "aplicações". Freud utilizou teorias psicanalíticas em estudos de literatura, arte, religião, mitologia, folclore e sociologia.

O que estamos tentando no presente capítulo é a aplicação de teorias psicanalíticas ao estudo da gerontologia, notadamente do EPN.

A pesquisa dos processos de envelhecimento normal conhece várias portas de entrada. Cada uma delas corresponde a determinado ponto de vista sobre esses processos. Enfoques biológicos, sociais e psicológicos procuram esclarecer alterações celulares e metabólicas, questões socioeconômicas ou alterações de certas funções psicológicas em geral, buscando uma correspondência entre essas alterações e a idade dos indivíduos.

Mas será que temos, de fato, a possibilidade de elaborar calendários dos processos de envelhecimento? De certo modo, estas questões já foram citadas no Capítulo 1 e, como serão mais detalhadas no Capítulo 72, insistiremos em "marcar" idades sucessivas sem que, de fato, disponhamos de marcadores suficientemente confiáveis do que acontece em cada idade, de cada indivíduo? A clínica de certos psicanalistas, por exemplo, tem mostrado que alguém com apenas 20 anos pode apresentar acentuado envelhecimento psíquico (psicanaliticamente), portanto, patológico, enquanto pessoas com 70 anos podem ter um envelhecimento psíquico normal. A psicanálise, como se ocupa da investigação dos processos inconscientes — considerados independentemente do tempo cronológico —, não precisa se preocupar com a "marcação" da idade das pessoas. Desse modo, utilizando os instrumentos conceituais da psicanálise, evitaremos uma das dificuldades do pensamento gerontológico teórico: estudar os processos do envelhecimento na dependência do tempo. Para uma interpretação psicanalítica, o que importa não é a idade do paciente, categorizá lo como jovem ou como velho. O relevante é investigar o funcionamento de seus processos psíquicos inconscientes.

Alguns Conceitos Psicanalíticos

Está fora dos propósitos deste capítulo a pretensão de discorrer amplamente sobre a psicanálise. Trata-se de um corpo de saber que, a partir do grande talento criativo e inspirador de Sigmund Freud, já se tornou um universo teórico muito abrangente.

Apenas com a finalidade de facilitar a compreensão do presente capítulo, passaremos agora à descrição, esquemática e resumida, de algumas dessas noções teóricas.

O termo libido será empregado aqui como uma forma de energia, uma espécie de "força amorosa", produzida por nossa organização biológica a serviço de quaisquer que sejam nossos objetivos. A extensão desses objetivos é uma decorrência da maneira como Freud concebia e usava a palavra amor em psicanálise, inspirado nos ensinamentos de Platão (e seu Eros), do apóstolo Paulo (e suas Epístolas aos Coríntios), além de nas influências de lingüistas e de poetas. Aliás, Freud reconheceu que a psicanálise não conseguiu fazer nada mais original nem melhor do que esses seus inspiradores para ampliar o sentido da palavra "amor" além dos limites da união sexual como único objetivo.

No presente estudo, a libido será considerada aquela manifestação energética, dinâmica, que normalmente "circula" entre o ego (enquanto instância intrapsíquica) e os objetos do mundo exterior. Mas,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de que objetos estamos falando? A noção de objeto em psicanálise tem uma certa especificidade; não coincide com o que se pensa da palavra objeto, de modo geral. O objeto em psicanálise não é algo qualquer. Trata se de um poder funcional, que passa a ser um objeto quando investido de energia libidinal, o que nos possibilita conseguir nossos objetivos, sejam estes quais forem. Por exemplo, para que consigamos amar alguém (sob essa perspectiva psicanalítica), é necessário que elejamos uma pessoa na qual vamos investir nossa libido. Essa pessoa é nosso objeto de amor, através da qual vamos conseguir nosso objetivo — amar. Quando se fala de "perda de objeto" isto significa que alguém sofreu uma perda funcional, isto é, um objeto que deixou de ser investido de libido leva a uma diminuição da capacidade de atingir objetivos psíquicos. Por exemplo, se alguém perde uma pessoa amada (objeto de seu investimento amoroso) perde também sua capacidade funcional de realizar seus objetivos amorosos: amar e ser amado. No decorrer do capítulo, quando falarmos, por exemplo, de envelhecimento psíquico e de depressão, esperamos poder deixar mais evidente a importância das perdas objetais e do desinvestimento libidinal.

A noção de ego foi utilizada por Freud desde seus primeiros artigos. No presente capítulo, essa noção será desenvolvida a partir de sua concepção como instância intrapsíquica que surge como "o grande reservatório" da libido e também como elemento organizador e unificador dessa forma de energia. Na infância, antes da existência do ego, a libido é investida de forma anárquica e fragmentada em partes do próprio corpo. Tal forma de investimento tem sido denominada "auto-erotismo". Na opinião de alguns analistas, a passagem da fase de auto-erotismo para o início da constituição do ego acontece quando a criança começa a entrar no mundo simbólico da linguagem (possivelmente, em torno dos dois anos de idade). Nesse momento, a criança passaria a ter um relacionamento mental mais freqüente e mais amplo com o mundo exterior, que se faz, sobretudo, através da linguagem e pelo investimento da libido (a partir do ego, como seu reservatório) nos objetos do mundo externo. A criança, que investia a libido em partes de seu próprio corpo (prazer de órgão, auto-erotismo), progressivamente submetida às exigências do mundo que a cerca, dos ideais familiares, culturais e coletivos, vai se distanciando do auto-erotismo e desenvolvendo a estrutura do ego. A libido, até então a serviço do auto-erotismo, passa a ser também investida em objetos do mundo exterior. Isto é, a libido passa normalmente a circular entre o ego (seu reservatório natural) e o mundo externo. A partir dessa circulação de libido entre o ego (como "mundo interno") e os objetos do "mundo externo", o ego vai como que adquirindo "camadas" de representações mentais dos objetos externos investidos de libido. O ego, então, é constituído e reforçado por essas "sedimentações" de imagens mentais dos objetos nos quais investe-se libido. Alguns autores preferem descrever a constituição do ego ao longo do tempo como uma sedimentação mental de traços característicos dos objetos que vão sendo investidos. Estes traços corresponderiam a outros traços, que já se encontrariam no ego do indivíduo desde os investimentos feitos nos primeiros objetos de amor. Sob essa perspectiva, o ego é algo que contém e se inscreve na história das escolhas de objetos. O ego vai se constituindo em camadas de traços característicos dos objetos externos e internos que vão sendo investidos de libido. Lembramos que objetos externos para nós são idéias, coisas ou pessoas nas quais investimos libido para conseguir nossos objetivos psíquicos. Objeto interno, a nosso ver, é sobretudo a representação mental do próprio corpo, isto é, não o corpo natural, mas o corpo submetido ao simbólico. O ego, desde o início de sua constituição, em criança e durante a vida inteira, deve ser pensado, simultaneamente, dos pontos de vista dinâmico, histórico e econômico.

Dinamicamente, durante toda uma existência, o ego poderá ser reforçado pelas "camadas" de imagens dos objetos investidos (são aquisições) ou sofrer "descamações" pelo desinvestimento de libido nos objetos externos (são perdas). Sob a forma de "energia livre", a libido que foi desinvestida poderá ser reinvestida em objetos do mundo externo ou acumular-se no ego mesmo em níveis de "estase" de libido. Mais adiante descreveremos com mais detalhes as possibilidades de "estase" de libido no ego e de aquisições e perdas na compreensão psicanalítica do PEPN e da depressão. Psicanaliticamente, essa dinâmica do ego é concebida em função da noção de inconsciente, o que permite que a investigação possa ser feita independentemente do tempo cronológico. Freud insistia que o ego é, em grande parte, inconsciente. É, porém, modificado por influências do mundo exterior, e é através dele que o inconsciente mantém contato com esse mundo. O ego transforma em ação as "vontades" do inconsciente. Dentro do tempo cronológico, a constituição do ego é a história das escolhas dos objetos que vão sendo investidos de libido durante a vida do indivíduo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em termos econômicos, normalmente, o ego é considerado o reservatório da libido e poderá sempre investir tal energia nos objetos do mundo externo e também do mundo interno (a representação mental do próprio corpo). O funcionamento psíquico normal, nesta perspectiva analítica, é uma certa "circulação" da libido entre o ego e o mundo externo. Com o evoluir do PEPN, essa circulação tende a diminuir, o que corresponde a um desinvestimento libidinal nos objetos do mundo exterior. Esse desinvestimento poderá se intensificar, de maneira a condicionar uma "estase" de energia dentro do ego. Nesse caso, já não se trata do PEPN, e sim de doença psíquica — uma depressão psíquica.

Para terminar esta descrição resumida e esquemática da noção de ego, cuja importância é testemunhada pelo grande interesse já demonstrado por renomados autores, gostaríamos de lembrar que o ego poderá ser investido sob a forma de objeto interno. Neste caso, o ego funciona, sobretudo, como um "ego corporal", isto é, uma espécie de projeção mental do próprio corpo. Para alguns autores, isso seria essencialmente uma representação mental da superfície corporal.

Essas idéias, que nos ajudam a entender psicanaliticamente o PEPN, também nos relembram a expressão do grande poeta francês, Paul Valéry: "O que há de mais profundo no homem é a pele." Seriam nossas representações mentais, sobretudo, as da superfície do nosso corpo? O argentino Ernesto Sábato sugere que quanto mais procurarmos a "profundidade" mais nos arriscaremos à obscuridade.

Envelhecimento Psíquico Normal

Gostaríamos de fazer uma pequena análise de duas noções que, freqüentemente, são utilizadas de maneira equivocada, como se fossem noções equivalentes. Estamos falando das noções de velhice e de envelhecimento.

O Envelhecimento É a Própria Vida

O envelhecimento não é apenas a velhice, do mesmo modo que uma viagem não se restringe a uma de suas etapas. O envelhecimento é um processo irreversível, que se inscreve no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo. Nesse sentido, é durante a vida inteira que envelhecemos. Enquanto processo, portanto, o envelhecimento concerne a todos, em qualquer idade. Não é só o velho que envelhece. Na língua francesa, a palavra *vieillissement* começa com *vie*. A partir disso, o psicanalista francês Jack Messy[26] sugere que o envelhecer é a própria vida.

A civilização moderna tende a fazer do envelhecimento um sinônimo de "perdas". Sociedades ditas de consumo reservam para a velhice à categoria de deficitária. Não obstante, em certas outras sociedades africanas, denominadas "de acúmulo progressivo da personalidade", o envelhecimento é concebido, antes de tudo, em termos de aquisições e de progresso.

Dessa maneira, a definição da velhice como uma época de perdas é de natureza sociológica, e não de inspiração psicológica ou psicanalítica. Voltaremos a abordar mais detalhadamente velhice e envelhecimento do ponto de vista psicanalítico.

Em *Além do princípio de prazer,* Freud[9], em 1920, desenvolveu uma solução teórica estruturalista a partir de noções que, a nosso ver, vão no mesmo sentido da noção de oposição de H. Pos e de Jakobson, à qual já nos referimos. Refazendo as marcas da via freudiana descobriremos que o envelhecimento é um processo estruturado não apenas a partir de perdas, mas dinamicamente constituído por transformações em oposição; isto é, uma polaridade em que o pólo das perdas invoca, necessariamente, o pólo das aquisições. No PEPN, a perda de um objeto investido deixa livre a libido, o que possibilita a aquisição de um novo objeto investido desta energia. Quer dizer, o PEPN, sob essa perspectiva, é um processo de perdas e de aquisições que podem acontecer ao mesmo tempo. Nesse mesmo artigo, Freud nos fala de duas tendências opostas que atuam simultaneamente: as pulsões de vida e as pulsões de morte (sendo estas últimas a tendência normal da vida de "voltar ao estado inorgânico").

O "Espelho Quebrado"

Entre a infância e a velhice, não paramos de interrogar o espelho. "Espelho, espelho meu; haverá alguém mais belo do que eu?", pergunta o jovem Narciso, como quem ama a própria imagem. Mas, com a "assombrosa evanescência do tempo", como diria Ionesco, chegamos à velhice; em frente a nosso espelho, que de tão velho, está quebrado, rachado, a pergunta também muda. "Espelho, velho espelho meu, haverá alguém mais feio do que eu?", é o questionamento do velho Narciso, como quem odeia e tem horror de sua própria imagem.

Jean Cocteau[5], em seu filme *Orphée,* nos diz, na fala de sua personagem Heurtebise: "Eu lhes conto o segredo dos segredos... os espelhos são as portas por

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

onde a morte vai e vem. De resto, olhai-vos no espelho durante a vida inteira e vereis a morte trabalhar como abelhas através de uma colméia de vidro." Permitam-nos a repetição, mas Valéry, após afirmar com gravidade que o que há de mais profundo no ser humano é a pele, diz, com graça, que evita se olhar no espelho, a não ser na hora de raspar a própria barba. Oscar Wilde[33], entre 1890 e 1895, escreveu seu único romance, *O retrato de Dorian Gray*. Nessa obra, Wilde mostra como há uma certa tendência em todos para o narcisismo secundário, independentemente da idade e do sexo.

Psicanaliticamente, essa tendência a um narcisismo secundário, correspondente a um desinvestimento de libido nos objetos do mundo exterior, é o acontecimento psíquico básico do PEPN. Personagens do citado romance de Wilde agem e falam como se o ideal comum fosse a pretensão de manter uma aparência bela e jovem, que nunca envelhecesse. Este ideal é centralizado na personagem título do romance. Enquanto uma personagem diz que "a beleza é uma forma de gênio", outra acrescenta: "Um dia, quando estiver velho e enrugado... terá... uma impressão terrível." São contribuições da arte literária que também sugerem a existência de relações entre o narcisismo secundário e o envelhecimento psíquico. Mas, o que estamos chamando de narcisismo? O termo narcisismo, em psicanálise, foi inspirado na mitologia grega. A personagem mitológica, ao ver sua imagem refletida no espelho da superfície da água, teria se apaixonado por si mesma; esta paixão a levou a um abatimento mortal. Por ter amado apenas a si mesmo, Narciso morreu enquanto homem, sobrevivendo na forma da flor que recebeu seu próprio nome. Para alguns, a flor denominada narciso passou a ser um símbolo da morte precoce.

Classicamente, a teoria psicanalítica distingue o narcisismo primário (correspondente à fase chamada "auto-erótica", anterior à constituição do ego; na qual a criança investe a libido em si mesma) do narcisismo secundário. Normalmente, após a constituição do ego, que se dá a partir da entrada da criança no mundo simbólico da linguagem, a libido passa a circular entre essa instância intrapsíquica e os objetos do mundo externo. Quando se fala de uma circulação normal de libido é como se houvesse uma soma de interesse psíquico investida de maneira circular entre o ego e os objetos do mundo exterior. Assim sendo, quanto mais se ama a si próprio, menos se investe a energia libidinal no mundo externo e vice-versa. O narcisismo secundário seria o investimento de libido sobre o ego de um *quantum* desta energia, que foi retirada dos investimentos dos objetos externos. Em vez da citada circulação normal da libido, há uma certa "estase" de libido no ego.

Após a constituição do ego, o narcisismo secundário poderá ocorrer em qualquer momento da vida de alguém e mesmo como tendência do PEPN. Em Freud, durante a fase de narcisismo primário, a criança se toma como objeto de amor antes de começar a fazer investimentos em objetos do mundo exterior. A nosso ver, o narcisismo secundário parece levar muitos idosos a se tomarem como objeto de horror. A libido investida sobre um ego, representante mental de um corpo " inaceitável", talvez acabe por levar "o velho Narciso" a odiar a si próprio e a falar tão mal de seu próprio corpo. Essas reações, muitas vezes, são denominadas queixas somáticas, quando, a nosso ver, são queixas psíquicas com respeito ao próprio corpo.

O Envelhecimento É Aquisição

Ampliando as reflexões sobre o envelhecimento psíquico normal, analisaremos agora seu elemento mais desprezado, embora não menos importante — a aquisição. De modo geral, fala se da velhice como de uma época de perdas, sem a consideração dos elementos correspondentes: os processos de envelhecimento e as aquisições, respectivamente. Mas, o que é a velhice? Uma fase já avançada dos processos de envelhecimento?

Esses processos são transformações estruturais e funcionais que vão acontecendo durante toda a vida e que variam de um indivíduo para outro. Tais variações individuais dependem da influência de fatores intrínsecos e extrínsecos. Conseqüentemente, falar de velhice física ou psíquica sem levar em consideração as relações entre ela e os processos de envelhecimento é tentar uma generalização impossível, porque não existe velhice igual para todos.

Quanto a considerar perdas como característica da velhice sem a consideração de seu correspondente, as aquisições, isso também nos parece parte daquilo que chamamos generalização impossível. Em primeiro lugar, não se poderia perder algo que não seja correspondente a uma aquisição.

A partir dos pontos de vista de nossas escolhas estruturalista e psicanalítica, a velhice psíquica é concebida como parte do PEPN. Não obstante ser uma fase avançada desse processo, na velhice continuam

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

acontecendo perdas, mas também aquisições. Não se deve esquecer que, em se tratando do PEPN, do ponto de vista psicanalítico, as perdas e aquisições das quais estamos falando devem ser pensadas em termos de representações mentais inconscientes, e não no sentido físico e concreto das palavras. Considerando as noções que já descrevemos no item sobre alguns conceitos psicanalíticos, existe perda quando o ego perde os traços dos objetos investidos de libido e existem aquisições quando o ego adquire novos traços de outros objetos investidos a partir da energia livre, após o desinvestimento.

O que estamos propondo, na forma de aplicação teórica da psicanálise na interpretação do PEPN, é que, mesmo quando esse processo chega à velhice, o ego continua fazendo aquisições e sofrendo perdas, ao mesmo tempo.

Como foi dito anteriormente, a perda de um objeto investido libera a libido que possibilitará a aquisição de outro objeto investido.

Nossa hipótese, baseada em Freud e em outros psicanalistas, é de que a tendência de quem envelhece é desinvestir a libido dos objetos do mundo exterior. Na medida em que acontece esse desinvestimento, a libido se acumula em seu reservatório natural, o ego. Chega o momento nesse PEPN em que o próprio ego passa a ser investido como objeto de tipo narcísico. À medida que o PEPN progride, a tendência é a constituição de um narcisismo secundário de tipo negativo. Mais adiante exporemos com detalhes esse "narcisismo negativo". Portanto, psicanaliticamente, achamos que, quando se perde em objetos externos, fazemos aquisições em termos de objetos internos, e vice-versa.

O Envelhecimento É Perda

Em sua Introdução ao seminário intitulado *A relação de objeto,* Jacques Lacan[20] nos fala da posição central dessa noção na teoria e na prática da psicanálise. Em seguida, o renomado psicanalista francês descreve a insistência de Freud no fato de que, para que o ser humano encontre o objeto necessário à realização de seus objetivos, haverá sempre uma seqüência de reencontros com um objeto perdido. Trata-se de uma perda original, inata em todas as pessoas, uma insatisfação fundamental que nos impulsiona sempre em busca de um objeto inatingível. Conseqüentemente, haverá sempre uma certa incapacidade na realização de objetivos, correspondente ao que estamos chamando perda original. Dizia Freud que nenhum objeto coincide com o objeto subjetivamente buscado. Portanto, do ponto de vista psicanalítico, além da perda congênita que acabamos de descrever, durante a vida inteira podemos sofrer perdas de objetos investidos de libido, como já mencionamos ao comentar sobre a noção de objeto. De modo geral, é de se esperar que essas perdas aumentem à medida que envelhecemos.

O Velho Não Existe

Falar de velhice e de envelhecimento, de modo a deixar resíduos de uma falsa sinonímia entre estes dois termos, não será um modo de negar que existe um processo irreversível, que concerne a todos? Concepções ilusórias de que só os velhos envelhecem, ou de que velho é o outro, não serão conseqüência de uma busca inconsciente da imortalidade? Freud dizia que "inconscientemente, cada um de nós é persuadido de sua imortalidade". Um dos maiores dramaturgos do século XX, Eugène Ionesco, "brinca" com essas questões em *Le roi se meurt.* Representada pela primeira vez em Paris (1962), a peça é uma admirável análise de algumas questões universais, tais como as relações entre o tempo cronológico (do relógio) e o tempo humano (vivido subjetivamente), e entre o medo de morrer e grosseiras negações do envelhecimento e da morte. De maneira muito resumida, o tempo em Ionesco é vivido como se o passado fosse em vão e insignificante, servindo apenas para marcar que há um depois, que também será passado em vão... Não há uma vivência progressiva do tempo. Quanto às referidas negações da realidade, voltemos à *Le roi se meurt.* O próprio título sugere que o rei está morrendo. Não obstante, sua fala é: "Os reis deveriam ser imortais." O complemento estrutural desse texto é a ironia conscientizadora da rainha Marguerite, que diz: "Eles têm uma imortalidade provisória."

O que estamos tentando dizer é que, de um ponto de vista estrutural e psicanalítico, o velho não existe. Como já foi dito, para a psicanálise não se trata de categorizar as pessoas, e sim de investigar como estarão funcionando os processos psíquicos inconscientes de alguém, independentemente de sua idade cronológica. Portanto, sob essa perspectiva, não será visada a categoria de velho a partir de um corte transversal do PEPN. Investigar psicanaliticamente a velhice é buscar o entendimento de como alguém chegou a essa fase avançada do PEPN focalizando todo o processo em forma de corte longitudinal. Para nós, tam-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

bém é óbvio que, quando alguém já envelheceu durante 65 anos ou mais, comumente é considerado um velho. Porém, embora o estudo do PEPN e da velhice, enquanto fase avançada desse processo, seja do interesse da gerontologia, não reconhecemos nessa categoria de velho utilidade como instrumento conceitual no esclarecimento destas complexas questões.

Assim como as sociedades tratam a velhice e a morte conforme seus modelos de funcionamento e suas categorias sociais (o velho e o jovem; o produtivo e o improdutivo), a psicanálise trata essas questões por meio do estudo do funcionamento psíquico inconsciente. A nosso ver, a gerontologia está se fazendo através do estudo de um grande número de capítulos. Todavia, nosso esforço constante é uma tentativa de balizar e esclarecer o PEPN através de uma interpretação psicanalítica. Portanto, não estamos visando às questões de fronteiras e de relações entre o PEPN, a sociologia, a fisiologia e a neurologia, como talvez seja o caso daqueles que se dedicam ao estudo de aspectos psicossociais, psicofisiológicos ou neuropsicológicos.

A Velhice É uma Volta à Infância?

Freqüentemente ouvimos falar que a velhice é uma volta à infância. São de uso comum a idéia e a frase que o velho volta à infância. Psicanaliticamente, esperamos que a noção de regressão possa ser esclarecedora. Pensando o processo psíquico como um percurso ou um desenvolvimento, a regressão é um retorno às fases já ultrapassadas dessa evolução. Embora Freud tenha tomado a noção de regressão em três sentidos — tópico, temporal e formal — ele mesmo achava que, basicamente, na maioria dos casos os três sentidos estão reunidos. Embora a noção de regressão tenha sido introduzida por Freud no aspecto sobretudo tópico (a excitação percorre o sistema psíquico numa direção ou em outra), seu sentido temporal vai assumindo cada vez maior importância (na medida das sucessivas contribuições do criador da psicanálise sobre o desenvolvimento psicossexual do indivíduo). Nesse sentido, a regressão designa o retorno do indivíduo a etapas já ultrapassadas em seu desenvolvimento psíquico, tais como as fases do desenvolvimento do ego e das relações de objeto. Mas, como tal noção de regressão poderá ser esclarecedora do PEPN?

O recurso ao conceito freudiano de regressão necessita de algumas precisões. Há necessidade da pressuposição de um aparelho psíquico, onde se formam imagens e onde se inscrevem os traços de nossas lembranças mais antigas, que foram submetidas ao processo de recalcamento e permaneceram inconscientes. Com o avançar do PEPN, as representações mentais recalcadas no inconsciente tendem a retornar à consciência. Com isso, os idosos podem regredir até as formas de investimentos libidinais de tipo auto-erótico e narcísico. O ego e a representação mental do próprio corpo novamente serão as escolhas de objeto de investimento. É óbvio que, ao chegar à velhice, não se poderia voltar a ser criança. O que pode ocorrer é um processo de regressão psíquica. Os idosos preocupam-se e se queixam freqüentemente do corpo, como também de certos órgãos isoladamente. Sua maneira de pensar e suas atitudes sugerem um certo erotismo de órgãos, que talvez seja a origem das queixas dos idosos em relação à própria boca, à língua, aos genitais, chegando às vezes a verdadeiras síndromes delirantes de natureza erótica. Além disso, sendo o narcisismo a tendência básica, eles também se queixam do corpo como um todo.

Outro aspecto regressivo são as expressões de ódio por parte dos idosos, interpretadas por certos autores como provenientes da recusa que o ego narcísico opõe ao mundo exterior. Freud dizia que o ódio é um sentimento mais antigo do que o amor no desenvolvimento psíquico do indivíduo. Na clínica, o relacionamento com os idosos e seus cuidadores freqüentemente parece acontecer dentro de um clima de ódio. Portanto, sendo tão óbvio que, ao chegar na velhice, não se poderia voltar a ser criança, como se poderia entender "dentro" do tempo que se fale de uma volta à infância? Talvez somente o estudo do PEPN, fora do tempo, possa nos esclarecer o que se quer dizer com essa volta. Preferimos denominar tal questão com a expressão regressão psíquica, e pensamos que somente uma investigação psicanalítica poderá esclarecer a regressão nos idosos de modo independente do tempo cronológico.

Nessa perspectiva em que nos colocamos, a regressão psíquica nos idosos não é uma volta à infância, uma vez que não acontece uma reatualização do auto-erotismo do tipo prazer de órgão, como na infância, e nem um narcisismo que torna o ego e a representação mental do próprio corpo objeto de amor. Na velhice, as tendências são o desprazer de órgão e o narcisismo negativo, de horror ao ego e às representações mentais do próprio corpo. A expressão "narcisismo negativo" foi criada pelo psicanalista André Green[15] para o narcisismo secundário conseqüente ao PEPN. Para ele, as manifestações negativas são

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

decorrentes do caráter destrutivo próprio da pulsão de morte. A base da interpretação de Green é a concepção freudiana da estrutura das pulsões na forma de uma oposição polarizada em pulsões de vida e pulsões de morte. Está fora dos propósitos do presente capítulo desenvolver teoricamente a questão das pulsões.

Coerentemente com os pontos de vista por nós assumidos — a focalização do PEPN como um processo que acontece durante toda a vida —, a regressão poderá ocorrer em qualquer momento da vida. Na velhice, a regressão, caracterizada por expressões de ódio, comportamentos extravagantes e até mesmo delirantes, pode fazer com que a convivência e o relacionamento com certos idosos se tornem difíceis de ser suportados pelos familiares, em particular, e pelos circunstantes em geral.

De que Fala a Velhice?

A velhice psíquica refere-se a uma crise narcísica, da qual já falamos em várias oportunidades deste capítulo. Também a um retorno a conflitos edipianos. De modo fiel à pertinência adotada no presente capítulo, é para nós no nível do funcionamento da estrutura do aparelho psíquico que se pode entender uma certa "inversão edipiana". Comumente, podemos ouvir alguém dizer que na velhice "os pais se tornam filhos de seus próprios filhos". Há como que uma reatualização de conflitos edipianos às avessas. Freqüentemente, os idosos são acometidos de grande ansiedade. Para alguns psicanalistas, a ansiedade na velhice é uma estrutura complexa, constituída por angústia de morte e de castração no nível inconsciente. A angústia de castração reforça e intervém na angústia de morte porque uma combinação de deficiências reais e de fantasias ligadas à "impotência" significa o fim do poder criador que preserva a vida e assegura sua continuidade. Muitas vezes, o que faz o idoso sofrer não é a angústia perante a morte real, e sim uma angústia inconsciente produzida pela pulsão de morte, uma tendência inconsciente à "volta ao inorgânico" — para usar a expressão de Freud. Talvez seja por isso que, freqüentemente, os idosos nos dizem que não têm medo de morrer, e sim de ficar sofrendo. Se a vida não apresenta mais interesses, será que o sofrimento temido é uma espera na antecâmara da morte?

Será que o sofrimento temido pelos idosos decorre de fantasias inconscientes de um corpo que sofrerá "despedaçamento" antes de "voltar ao inorgânico"? Os idosos por vezes parecem estar no "lugar inconsciente" do filho e sofrer angústia por ameaça de castração e, outras vezes, parecem ocupar o lugar do pai e se angustiar devido à pulsão de morte. Para o idoso, a angústia é vivida de maneira indefinida e inconsciente, e apresentada sob a forma de afetividade e de sintomas. Os medos que muitas vezes são demonstrados pelos idosos nada mais são do que a angústia que encontrou o objeto (medo de cair, de perder a memória, de ser roubado, de ficar sozinho etc.).

Se pudermos imaginar a morte como a castração suprema e o medo de envelhecer como uma metáfora de angústia de castração, talvez possamos entender os dois tipos de angústia na velhice polarizados sob a forma de uma oposição: antes do início da crise narcísica de PEPN (antes da fase do "espelho quebrado") predominaria a angústia de castração e, após essa época, passaria a predominar a angústia pulsional (pulsão de morte).

A partir do modelo narcísico da infância, o indivíduo introjeta um ideal do ego através da linguagem dos discursos sociais e familiares. O resultado dessa convergência do ego ideal da infância com o ideal coletivo do ego vai determinar o que o indivíduo imagina sobre si mesmo, qual será sua possibilidade de ser tomado como objeto de amor, na medida em que puder satisfazer as exigências desse ideal do ego.

A Imagem de Si Mesmo

Hoje em dia, através de ampla e variada rede de comunicações, a sociedade exerce constantemente enorme apelo em relação à imagem do próprio corpo. Por toda parte vemos e ouvimos sugestões para que façamos constantes esforços no sentido da manutenção de um corpo belo e jovem. Dietas para emagrecer; ginásticas ativas e passivas, para manter o corpo em forma; pílulas para combater o envelhecimento. Quanto à pele, o número de ofertas de tratamentos é muito grande. Muitas vezes são evidentes o descontentamento em relação à própria pele, enrugada e extensamente recoberta com manchas e pequenas saliências (sintomas do envelhecimento) e a decepção dos idosos ao perceberem que para isso não há cura no sentido médico. Aliás, não sendo isso uma doença, e sim o processo de envelhecimento normal da pele, como propor uma cura?

Qual é a questão que nos preocupa? Numa época como a nossa, em que o discurso da sociedade nos parece de grande expectativa narcisista, que grau de exigência terá o ideal do ego sobre o PEPN de cada

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

indivíduo? O que será da sempre difícil convivência psíquica do idoso com seu ego e com a imagem de si mesmo? Clinicamente, acreditamos que essa dificuldade psíquica se manifesta sob a forma de queixas em relação ao próprio corpo. Muitos idosos desenvolvem verdadeiro hábito de falar mal do próprio corpo. Chegamos a pensar que, por não conseguir mais se interessar e amar qualquer coisa, viver, para o velho, dói! Para a pergunta "Como vai a senhora ou o senhor?" freqüentemente a resposta é: "São as dores; dói tudo; só não dói o cabelo." Estamos falando de dores que, a julgar pelo nosso exame clínico e pela descrição feita pelo idoso, não têm as características das dores decorrentes de doenças físicas. Por isso, preferimos chamá las queixas psíquicas sobre o próprio corpo, e não queixas somáticas. Os idosos têm queixas desses dois tipos, e há necessidade de um diagnóstico diferencial porque, obviamente, os tratamentos indicados serão também diferentes. As dores decorrentes do narcisismo negativo, a nosso ver, decorrem de recusa e estranheza inconscientes em relação às representações mentais do próprio corpo. São descritas com expressões como "dói tudo", "dor que pica, morde, dá choques", que caminha pelo corpo através de uma "anatomia" que evidentemente não constitui o corpo físico. Isolados e desinteressados, os idosos, com grande freqüência, exageram suas reais deficiências. Explicam que não conversam com os outros porque não conseguem ouvir; é sabido que a presbiacusia não exclui ninguém da possibilidade da conversação. A audiometria mostra bem isso.

Parece nos que muitos idosos não conversam por falta de interesse em escutar os outros; desinteressar se por falar e escutar os outros é, em última análise, perder o interesse pelo mundo dos seres humanos. Não assistem tevê ou, se assistem, nada sabem sobre o que viram porque "a memória não guarda mais nada". Andam pouco ou não andam porque lhes doem os joelhos ou a coluna. Neste ponto, já estamos falando da velhice, de uma fase já avançada da tendência ao desinvestimento amoroso no mundo exterior e ao isolamento em um narcisismo negativo. Como já dissemos outras vezes, esta é nossa maneira de interpretar o PEPN. De certa forma, isso equivale a dizer que o PEPN é uma tendência à depressão. A qualquer momento, podemos notar que a pessoa está em franco estado depressivo e, portanto, está doente. Ao contrário da alegria do reconhecimento da imagem de si mesmo, na infância, na velhice, a tristeza é o pano de fundo de uma afetividade que tende ao desinteresse e à depressão. Recusando-se a reconhecer como sua uma imagem por todos considerada velha e feia, o velho habita o narcisismo negativo como antecâmara da morte.

Para Concluir

Este último item não significa, de modo algum, que tenhamos qualquer pretensão de tirar conclusões a respeito do PEPN. A propósito, pensamos que o sentido mais rigoroso e abrangente é aquele do poeta Fernando Pessoa em *Lisbon revisited*[28], quando ele nos diz: "Não me venham com conclusões! A única conclusão é morrer."

Ao se aproximar de Tebas, Édipo encontra a Esfinge e esta lhe propõe um enigma: "Qual é o animal que anda em quatro patas pela manhã, sobre duas patas ao meio dia e em três patas à noite?" Édipo respondeu de maneira precisa: "É o homem, porque se arrasta em quatro patas na infância, caminha sobre os dois pés na idade adulta e anda com a ajuda de uma bengala ao chegar à velhice." Por despeito, o monstro se mata, enquanto Édipo entra em Tebas como um libertador.

Para nós, ainda resta um enigma subjacente ao que foi proposto a Édipo. Ainda não nos é possível determinar, com rigor, em que momento do PEPN acontece a passagem de uma fase para outra.

Não temos teorias prontas sobre o PEPN. Para nós, o presente capítulo procurou acentuar a importância de se falar desse processo e procurar simbolizá-lo dentro de uma tentativa de interpretação psicanalítica, a partir das hipóteses que nos parecem mais prováveis.

Para que dure a vida e "o duro desejo de durar", é importante que estejamos continuamente fazendo o "luto", isto é, um intenso trabalho psíquico de restauração do desejo durante todo o PEPN.

Aristóteles já dizia: "A melhor maneira de observar as coisas com sucesso é vê-las seguindo seu curso desde a origem."

É fundamentalmente dessa maneira que temos procurado observar e interpretar os processos do envelhecimento em geral, e o PEPN em particular.

Na medida em que este capítulo é um texto, como outro qualquer, não poderíamos deixar de recomendar Roland Barthes[2]. Para ele, um texto é um espaço no qual se reúnem e se contestam escritos variados, e onde ninguém é original. O escritor — diz o autor de *Le plaisir du texte* — imita um gesto sempre anterior; jamais é original.

É com esse pensamento que agora deixaremos este nosso capítulo entregue às reflexões e às críticas dos leitores.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Referências Bibliográficas

1. Abraham K. Développement de la libido. Oeuvres complètes — 2. Paris: Payot; 1966.
2. Barthes R. Le bruissement de la langue. Paris: Pilitions du Seuil; 1984.
3. Bianchi H, Gagey J, Moreigne JP et al. La question du vieillissement. Perspectives psychanalytiques. Paris: Bordas; 1989.
4. Chiland C. Narcisse on le meilleur des mondes possibles. In: Chiland C. Homo psychanalyticus. Paris: Presses Universitaires de France; 1990. p. 215.
5. Cocteau J. Orphée. Paris: Edouard Dermithe; 1950.
6. Dessuant P. Le narcissisme. 2 ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1988.
7. Einstein A. La physique et la réalité In: Solovine M, Farque D. Conceptions scientifiques. Paris: Flammarion; 1990. p. 20.
8. Freud S. A significação antitética das palavras primitivas. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XI. Rio de Janeiro: Imago; 1969. p. 137.
9. Freud S. Au delá du principe du plaisir. In: Freud S. Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 1948. p. 5.
10. Freud S. Lettre nº 18. In: Freud S. La naissance de la psychanalyse. 5 ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1986. p. 77.
11. Freud S. Luto e melancolia. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1969. p. 269.
12. Freud S. Pour introduire le narcissisme. In: Freud S. La vie sexuelle. 7 ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1985. p. 81.
13. Freud S. Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de "névrose d'angoisse". In: Freud S. Névrose, psychose et perversion. 5 ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1985. p. 15.
14. Freud S. Suggestion et libido. In: Freud S. Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 1948. p. 97.
15. Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Les Éditions de Minuit; 1983.
16. Herfray C. La vieillesse. Une interprétation psychanalytique. Paris: Desclée de Brouwer; 1988.
17. Holenstein E. Jakobson ou le structuralisme phénoménologique. Paris: Éditions Seghers; 1974.
18. Ionesco E. La quête intermittente. Paris: Gallimard; 1987.
19. Ionesco E. Le roi se meurt. Paris: Hatier; 1985.
20. Lacan J. Le séminaire livre IV. La relation d'objet. Paris: Éditions du Seuil; 1994. p. 11.
21. Lagache D. La psychanalyse. 16 ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
22. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 1967.
23. Laveyssière MT. Freud choix de textes. Paris: Masson; 1977.
24. Maleval JC. La destructuration de l'image du corps dans les névroses et les psychoses. In: Maleval JC. Folies hystériques et psychoses dissociatives. Paris: Payot; 1981. p. 151.
25. Mannoni O, Augé M, Ménard MD et al. O objeto em psicanálise. Campinas: Papirus; 1989.
26. Messy J. La personne Agde n'éxiste pas. Paris: Éditions Rivages; 1992.
27. Nasio JD. Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse. Paris: Éditions Rivages; 1988.
28. Pessoa F. Lisbon revisited. In: Pessoa F. Obra poética. 4 ed. Rio de Janeiro: José Aguilar; 1972. p. 356.
29. Piaget J. Le structuralisme. Paris: Presses Universitaires de France; 1983.
30. Saussure F. Cours de linguistique générale. Paris: Payot; 1916.
31. Tomatis A. L'oreille et le langage. Paris: Editions du Seuil; 1978.
32. Vernois P. Le temps dans l'oeuvre d'Eugene Ionesco. In: Ionesco. Colloque de Cerisy. Paris: Belfond; 1980. p. 195.
33. Wilde O. The picture of Dorian Gray. In: Aldington R; Weintraub S. The portable Oscar Wilde. Nova York: Viking Penguin; 1981.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

23 Sexualidade na Terceira Idade

Alda Ribeiro

Introdução

Nos últimos anos vem ocorrendo uma revolução na concepção e na prática da sexualidade, o que tem se refletido de forma indiscutível na terceira idade. Alguns fatores tiveram influência direta no processo, sendo três os mais importantes. Primeiro: a vida sexual deixou de ter apenas a função de procriação para se tornar uma fonte de satisfação e realização de pessoas de todas as idades. Segundo: o aumento notável e progressivo de pessoas que chegam a uma idade sempre mais avançada em condições psicofísicas satisfatórias e não dispostas a renunciar à vida sexual. Terceiro: o aparecimento da Aids obriga todos a repensar a sexualidade, reforçando a necessidade de informarem-se e falarem mais abertamente sobre sexo.

Dentre os temas abordados nos trabalhos com grupos da terceira idade, aquele que sem dúvida alguma desperta maior interesse é a sexualidade. Como cada pessoa é um universo diferente, a maneira como cada uma se relaciona com esse tema é diferente também. Alguns falam sobre sexo com naturalidade. Outros sentem-se constrangidos, mas acabam aos poucos expressando seus sentimentos a respeito. Acabam percebendo que é um assunto que pode ser conversado naturalmente, sem constrangimento.

Tratar da sexualidade na terceira idade é tratar de um tema efervescente ao qual novas descobertas se acrescem a cada novo dia, muito embora ainda se encontre cercado de muito preconceito, seja por parte dos mais jovens, dos próprios idosos e de muitos profissionais, inclusive aqueles que atuam na área da gerontologia.

Sexualidade

Definição

Sexualidade é a maneira como uma pessoa expressa seu sexo. É o modo como a mulher vivencia e expressa o "ser mulher", e o homem o "ser homem". Evidencia-se por meio dos gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, do perfume, enfim, de cada detalhe do indivíduo.

Confunde-se muito sexualidade com relação sexual. A relação sexual é um componente da sexualidade e, diferentemente do que muita gente pensa, não é apenas a relação pênis-vagina, mas sim, a troca de sons, cheiros, olhares, toques, secreções e carícias.

Para Brocklehurst, o ato sexual humano, além de seu aspecto puramente reprodutivo, tem atributos psicológicos e sociológicos, servindo para atender às necessidades pessoais mais profundas, reforçando a ligação entre os parceiros e colaborando para a estabilidade da sociedade.

Fatores Modeladores

Inúmeros fatores atuam modulando nossa sexualidade — fatores horrnonais, emocionais, sociais e cul-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

turais — tornando difícil determinar onde termina a ação de um e começa a do outro.

A mulher tem aparência e comportamento de mulher porque predominam em sua circulação hormônios femininos. O homem tem aparência e comportamento de homem porque nele predominam hormônios masculinos.

O grupo social do qual um indivíduo faz parte, primeiramente a família, depois a vizinhança, a escola, os amigos, estabelece um "esboço" do papel que, espera-se, seja desempenhado por ele. O que é ser homem e o que é ser mulher naquele determinado grupo social e naquela determinada época?

As influências culturais são marcantes e devem ser levadas em conta quando nos propomos analisar o comportamento sexual de uma pessoa. As maneiras como a sexualidade é entendida em países diferentes, em estados diferentes de um mesmo pais, em regiões distintas (no interior, na capital, no litoral, no norte, no sul), diferem bastante.

Pessoas mais cultas vivenciam a sexualidade de maneira bem diferente daquelas mais simples. Parece-me que quanto mais simples é uma pessoa, mais ela encara o sexo como natural, e o pratica, mesmo que não se sinta à vontade em falar a respeito.

Desempenha um papel importante também a maneira como a pessoa relacionou se desde a infância com sua sexualidade. Como era tratado o assunto em sua casa: cheio de sentimentos de culpa, como pecado ou com naturalidade? Como foi construída sua identidade sexual?

A atividade sexual é, em determinado grau, uma questão de costume: diminui com a abstinência e seu treinamento pode aumentá-la. Algumas pessoas atingiram, por causas diversas, um estado fisiológico e mais ainda psicológico de distanciamento do mundo do sexo e de desinteresse por tudo o que diz respeito a ele. Não desejam a atividade sexual naturalmente.

Segundo Malizia[22]: "Na vida de cada ser humano nada é mais pessoal e característico que o modo de vivenciar e entender a própria sexualidade. A maneira como vivemos nossa sexualidade é a expressão de nossa maneira de ser."

O Mito da Velhice Assexuada ou Desviada

O interesse sexual dos idosos é mais amplo do que se pensa e do que eles mesmos pensam. Acontece, porém, que existe o mito da velhice assexuada, o que reforça a imagem de que o idoso que expressa a sexualidade com naturalidade é um "desviado". A mulher idosa que demonstra abertamente interesse sexual é considerada "assanhada", e o homem, "tarado".

Muitas vezes, são o ambiente e a falta de oportunidade que desestimulam o idoso com relação ao sexo. Em muitas instituições geriátricas suprime-se a sexualidade dos idosos. Separa-se as mulheres e os homens, inclusive marido e mulher, em alas e até em prédios diferentes. Fora desses locais a repressão pode ser mais sutil, mais disfarçada, mas continua a ser grave.

Em família, os filhos são geralmente os primeiros a negar a sexualidade dos pais. Interpretam a necessidade sexual dos pais, isto quando admitem que ela existe, como algo depreciativo, como sinal de segunda infância ou como sinal de demência.

Na idade avançada, podem se manifestar perversões e anomalias sexuais (como pode acontecer em qualquer idade), na maior parte das vezes mal-interpretadas. Isso acontece com maior prevalência naquelas pessoas que vivem sós ou institucionalizadas. Geralmente, essas perversões e anomalias acontecem em indivíduos com comportamento sexual anormal na juventude ou considerados imaturos.

Maiores conflitos enfrentam os idosos sozinhos, principalmente se levarmos em conta que nesse caso existe uma prevalência numérica das mulheres. Elas assistiram a enormes mudanças no seu papel, que influenciaram também a sexualidade. Encontram-se, porém, presas a uma educação rígida e moralista, que lhes ensinou que os únicos papéis "decentes" para a mulher eram o de esposa e de mãe. Que papel desempenhar agora que passaram da menopausa, se não se casaram, se estão viúvas ou separadas, se não podem mais ser mães, e, caso tenham tido filhos, eles não precisam mais de seus cuidados? Será que só lhes resta cuidar dos netos? E se não quiserem? E se nem os tiverem?

Dois temas ganham destaque especial na terceira idade: a masturbação e a fantasia. A masturbação é o melhor meio de se aprender como o corpo reage, sendo importante fonte de autoconhecimento e satisfação. Ela assume significado importante na terceira idade, em especial para aquela mulher que se sente à vontade para conhecer o próprio corpo. Muitas mulheres, porém, carregam sentimentos de culpa, achando-se anormais por sentirem desejo e praticarem a masturbação.

A fantasia encoraja a pessoa a entrar em contato com o desejo e a mantém alerta e ligada às possibilidades de prazer sexual. Cria situações eróticas que

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

substituem o "aconchego", que conseguem estimular a ereção no homem e a lubrificação na mulher, atuando como um mecanismo de *flashback* acompanhado de resposta emotiva e neurovegetativa. Com ela, volta-se no tempo a situações estimulantes e mantém-se o corpo receptivo para elas.

Libido

O desejo sexual ou libido é a forma de desejo que se acompanha de ereção no homem ou de lubrificação na mulher. Nos jovens, a resposta do corpo é imediata, enquanto nos idosos tanto a ereção quanto a lubrificação podem ser mais demoradas, o que não significa que o organismo não esteja reagindo.

Nas espécies animais inferiores existe uma nítida correlação entre os níveis de testosterona plasmática e a atividade sexual. Apesar de existir na literatura uma série de dados contrastantes em virtude de uma notável variabilidade individual, sabe se que, também no ser humano, existe uma correlação análoga.

A testosterona é, por isso, chamada hormônio do desejo. É ela que intermedeia a libido tanto no homem quanto na mulher. Acontece, porém, que a atração sexual e a libido estão também ligadas às condições psicológicas. Temores inconscientes podem induzir ao desinteresse sexual mesmo que não existam alterações hormonais que justifiquem tal condição.

Os estímulos capazes de provocar o desejo podem ser classificados em táteis (que surgem de uma carícia em zona erógena primária: vagina e pênis), olfativos, visuais, gustativos (beijo na boca ou nos genitais), auditivos, evocatórios (desencadeados pelas lembranças) e cognitivos (pelas fantasias).

Mulher

Diversos fatores parecem entrar em jogo na formulação do desejo sexual na mente feminina e se torna difícil separar o que é puramente biológico do que reflete um condicionamento sociocultural.

Acostumou-se a ver a mulher como "objeto do desejo" e ela mesma já absorveu esse papel. Ela atrai e se excita quando se sente desejada, quando se depara com um homem que a faz sentir-se mulher.

Analisando assim, é extremamente importante para a mulher sentir-se atraente, gostar de si, achar-se bonita, conhecedora de seu corpo e de suas reações, para que se solte e se proponha a entrar em sintonia, a atrair.

Os ovários, na pós-menopausa, vão aos poucos parando de produzir estrogênio, mas continuam a produzir androgênios (a testosterona, principalmente), que passam a ter maior expressão na mulher, aumentando sua agressividade e sua objetividade. É esse hormônio que torna o homem mais alerta e o faz ir em busca de... Com sua ação mais evidente, a mulher deixa de ter uma atitude passiva e torna-se mais ativa, inclusive sexualmente. Uma vez afastada a possibilidade de engravidar, encontra-se livre e seu corpo é mais do que nunca seu.

No momento em que a expressão da testosterona aumenta, a concentração do estrogênio, hormônio feminino que confere às mulheres os atributos físicos para serem mais atraentes e prepara o organismo da mulher para a atividade sexual, diminui. Muitas mulheres, então, passam por momentos de conflito e entram em um círculo vicioso, que termina com o distanciamento do sexo.

As pessoas acham que a mulher na pós-menopausa é, ou pelo menos espera-se que seja, uma mulher que vai se tornando necessariamente disforme, flácida, gorda, perdendo aos poucos suas curvas. Ela própria vê sua auto-estima ameaçada ao se comparar com modelos de beleza estética cada vez mais jovens, passando a achar-se desinteressante e incapaz de atrair.

Com o passar dos anos ocorre, sim, uma diminuição da massa muscular e um aumento proporcional da gordura (aos 75 anos é praticamente o dobro dos valores dos 25 anos). Segundo Moriguchi[25], o peso corporal do indivíduo saudável deve diminuir a partir dos 30 anos, já que a proporção de músculo, que é pesado, diminui ao mesmo tempo que a gordura, que ocupa mais espaço mas pesa menos que o músculo, aumenta — não a ponto de aumentar o peso corporal. Essas alterações são mais evidentes nas pessoas que levam vida sedentária.

A atividade física regular freia em parte a perda muscular, principal responsável pela mudança drástica na aparência. Um músculo ativo, trófico, "impedirá" a deposição excessiva de gordura sobre si, garantindo a manutenção das formas da mulher. O próprio metabolismo se altera de maneira mais intensa quando a pessoa deixa de estar ativa e motivada.

Cria-se um círculo vicioso no qual a mulher se acha feia (principalmente porque vive se comparando com o que era no passado), desinteressante e fecha- se em casa, entregue a pensamentos depreciativos, adotando muitas vezes uma postura curva, cabisbaixa, respirando mal e impedindo que a vida flua.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A pessoa nessa circunstância compensa muitas vezes sua angústia, sua tristeza, ingerindo comidas suculentas, doces e/ou bebidas alcóolicas compulsivamente e trancando-se em casa. Há uma tendência para se comer mais, de maneira compulsiva e ansiosa, e movimentar-se menos, o que faz as pessoas aumentarem de peso e jogarem toda a culpa na menopausa.

Na pós-menopausa o que está em jogo é o poder de sedução da mulher, a capacidade de despertar o desejo dos homens, e não sua capacidade sexual. E essa habilidade subentende um relacionamento aberto e espontâneo com os próprios desejos, o que nem sempre acontece.

Homem

Enquanto a mulher, no que diz respeito aos hormônios sexuais, é cíclica, o homem é praticamente uma linha reta. É mais estável que a mulher, oscila menos, e é mais objetivo, indo direto ao ponto. É por isso que se diz que o homem só pensa em sexo.

O homem se excita quando deseja e é atraído pela mulher. Com a diminuição da testosterona, que já começa aos 20 anos e acentua-se de maneira significativa após os 50, ocorre diminuição da libido. Mesmo que a testosterona esteja em níveis baixos, ela pode ser suficiente para despertar o desejo sexual.

A diminuição da libido é muito influenciada por outros fatores, dentre eles a insegurança, o medo de não desempenhar bem seu papel. Desde pequeno o homem é cobrado no sentido de ter que mostrar que é homem e, para muitos, quanto mais rápida, plena e duradoura for a ereção, mais homem se é. Carrega consigo a responsabilidade de ter de ser bom amante, de saber tudo sobre sexo, de "conduzir a relação", de não falhar. Preocupado em desempenhar bem seu papel de amante fogoso e infalível, não consegue se manter espontâneo, envolvido. Torna-se ansioso e a potência sofre as conseqüências.

Muitos homens, quando começam a apresentar alterações fisiológicas em sua potência, sentem-se velhos e vêem sua masculinidade ameaçada, tentando muitas vezes compensar a ansiedade gerada com a busca de relações sexuais mais freqüentes e com parceiras cada vez mais jovens, o que serviria para mostrar a ele mesmo que "ainda é homem". O medo de envelhecer desencadeia em outros homens um quadro de depressão, que diminui o interesse e conseqüentemente a atenção para perceber estímulos que venham a despertar a libido.

Com o avançar da idade, há um declínio da agilidade e da força física, e acontecem mudanças importantes no corpo do homem, o que pode comprometer sua auto-estima e segurança. Há perda muscular com a substituição de parte da massa muscular por gordura, o que muda seu aspecto. Quanto menos ativa for sua vida, maior será essa mudança. Esse homem pode também buscar "consolo" na comida e/ou na bebida, o que acentua ainda mais as alterações citadas.

Segundo Kaplan, enquanto o homem atinge seu apogeu sexual aos 18 anos, a mulher chega ao ápice depois dos 35-40 anos. O fato de sua parceira encontrar-se naturalmente desejosa de sexo pode torná-lo angustiado, achando que não consegue mais "corresponder".

Comportamento dos Hormônios Sexuais

Mulher

Ovários, Hormônios e Ciclo Menstrual

Os ovários são órgãos com função dupla: produção e liberação dos óvulos e produção de hormônios femininos (estrogênio e progesterona) e masculinos.

Os hormônios regulam o crescimento e a manutenção das estruturas necessárias para a continuação da espécie: útero, glândulas mamárias, caracteres sexuais secundários (distribuição de gordura, características da pele, dos pêlos, da voz etc.).

No momento do nascimento, os ovários humanos contêm cerca de dois milhões de oócitos, dos quais metade já demonstra sinais de atrofia. Apenas cerca de 400 chegarão até a ovulação.

A cada mês, depois de a menina encontrar-se em condições para procriar, apenas um desses oócitos amadurece, sai do folículo e migra em direção à trompa de Falópio, para esperar ser fecundado por um espermatozóide que ascenda pelo útero durante o ato sexual.

O folículo remanescente transforma-se no corpo lúteo, produtor de inúmeros hormônios, dentre eles a progesterona, que ajudará nos "preparativos" de todo o corpo para a recepção do novo ser.

Caso a fecundação não aconteça, o corpo lúteo regride e todos os preparativos também. O "ninho" que estava se formando no útero desaba na forma de menstruação. Nesse momento, um novo folículo começa a amadurecer.

O ciclo menstrual é o período compreendido entre uma menstruação e outra. O primeiro dia do fluxo menstrual reflete o final da vida funcional do corpo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lúteo e o início de um novo ciclo, no qual em cerca de 14 dias uma nova ovulação ocorrerá.

Parece haver um aumento da atração sexual justamente no período do ciclo menstrual em que a fertilidade está mais baixa, próximo à menstruação. Esse fato cerca de mistério a origem e a finalidade da menstruação. O ciclo menstrual parece separar a sexualidade da reprodução.

Eixo Hipotálamo-Hipofisário

O controle desse processo é feito de maneira rigorosa pelo eixo constituído pelo hipotálamo (região do cérebro) e pela hipófise (glândula mãe), que atuam estimulando ou freando os ovários. O controle acontece por meio de um mecanismo de *feedback* (retroalimentação), com o qual uma diminuição na concentração dos hormônios ovarianos leva à ativação da função estimuladora do eixo.

O hipotálamo libera uma substância chamada fator liberador das gonadotrofinas, que por sua vez são hormônios produzidos pela hipófise, denominados FSH (folículo estimulante) e LH (luteinizante). Esses hormônios estimulam e acompanham o amadurecimento dos folículos, a ovulação e a formação do corpo lúteo.

Com o passar dos anos há uma diminuição da eficiência do controle exercido pelo eixo hipotálamo-hipofisário sobre os ovários, sendo necessárias concentrações mais elevadas de estrogênio para inibir a produção das gonadotrofinas hipofisárias.

Menopausa

Menopausa significa parada das menstruações. Uma vez chegada a menopausa, a mulher perde a capacidade de ser mãe, mas continua a ser mulher.

Os ovários têm uma vida funcional de aproximadamente 30 a 35 anos. A capacidade de amadurecimento do óvulo diminui gradativamente até que a ovulação termina. Depois disso, a produção de hormônios declina e cai abaixo do nível capaz de produzir a resposta do útero que se traduz na formação do "ninho" e do posterior sangramento das paredes.

A depleção contínua dos oócitos por toda a vida reprodutiva deixa poucos deles nos ovários da mulher "na menopausa". A menopausa ocorre quando a maioria dos folículos primordiais ovarianos não responde mesmo à estimulação aumentada das gonadotrofinas hipofisárias.

O declínio gradual na produção de estrogênios pelos ovários leva alguns anos e pode manifestar-se através de sintomas como a diminuição gradual do fluxo menstrual, da duração e da previsibilidade do ciclo ou, em algumas mulheres, a interrupção abrupta da menstruação.

Para a maioria das mulheres, a menopausa ocorre entre 45 e 50 anos. Quando a mulher deixa de ter menstruações por 12 meses consecutivos, diz-se que está "na menopausa". A confirmação se faz através da observação no plasma de uma diminuição acentuada do estrogênio (em especial estradiol) e um grande aumento de FSH e LH.

A perda da função de procriação é ocasionada pelas alterações progressivas e irreversíveis que ocorrem nos ovários como resultado do processo de envelhecimento. Observa se o desaparecimento dos folículos e oócitos, espessamento da parede dos vasos e fibrose generalizada.

Não se sabe ainda qual fator desencadeia o processo: o envelhecimento dos ovários que deixam de responder ao estímulo das gonadotrofinas ou o envelhecimento do eixo hipotálamo-hipofisário.

Observa-se um aumento na concentração de FSH e LH no plasma, o que persiste para o resto da vida da mulher, declinando após os 70 anos. Tais substâncias produzem sintomas vasomotores importantes que refletem a instabilidade circulatória, instabilidade essa que se expressa também no comportamento da mulher, ocasionando insegurança. Os sintomas mais freqüentemente referidos pelas mulheres são: fogachos (ondas de calor), suores noturnos, episódios de taquicardia e de variação da pressão arterial etc. Tal período interfere de maneira significativa em sua disposição para a vida sexual.

Por algum tempo, os ovários podem contribuir ainda com a produção de estrogênio, mas cerca de quatro anos após a menopausa não se observa secreção ovariana direta desse hormônio. O estrogênio circulante se origina da conversão de precursores provenientes das supra renais nos tecidos periféricos, principalmente no tecido adiposo.

O processo de envelhecimento fisiológico, em particular do trato genital, se acelera depois da menopausa, sendo um importante marco na vida da mulher. A diminuição do estrogênio circulante leva à atrofia dos tecidos, principalmente da vulva, vagina, trompas, ligamentos pélvicos, seios. A pele perde colágeno e se torna menos elástica. Ocorre atrofia da mucosa da be-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

xiga e do coxim gorduroso que protege a entrada da uretra, facilitando a entrada de bactérias e predispondo a infecções. No futuro, poderão ocorrer osteoporose e menor imunidade contra trombose das coronárias. Podem também ocorrer alterações de comportamento como insônia, fadiga, instabilidade e esquecimento.

Os ovários na pós-menopausa passam a produzir androgênios (hormônios masculinos) em quantidade maior que antes e as supra-renais continuam a produzi-los, como já o faziam. O aumento dos androgênios, como já referido, expressa-se no aumento da libido.

Climatério

O climatério é um processo de transição total nas funções ovariana e hormonal. É a transição física e emocional da meia-idade para a velhice. Homem e mulher experimentam várias alterações semelhantes durante um período longo de até 15 anos. A menopausa ocorre exclusivamente durante o climatério feminino.

A menopausa surge na vida da mulher numa fase de muitas mudanças: os filhos crescidos, saindo de casa, casando-se, tendo filhos, a aposentadoria dela e do marido (mesmo as mulheres que não trabalharam fora experimentam mudanças em sua rotina de trabalho doméstico), mudanças físicas, enfim, muitos questionamentos e trocas de papéis acontecendo ao mesmo tempo. Assim sendo, não podemos considerar a menopausa e o climatério, o período em torno dela, como simples eventos biológicos, mas, principalmente, como um evento psicossocial.

O estado emocional, a maneira como a mulher vivencia essa nova fase, influenciará, e muito, os sintomas referidos. A pós-menopausa deveria ser encarada como uma fase em que a mulher continua a ser mulher, só não poderá mais ter filhos. Uma mulher em torno dos 50 anos não oferece mais ao feto um ambiente ideal no qual possa se desenvolver, além de seus óvulos terem a sua idade, podendo já ter ocorrido neles alguma alteração.

Acontece, com freqüência, de o homem, parceiro da mulher que atravessa esse período, ao experimentar alterações em sua potência, atribuir à parceira o seu fracasso. Essa atitude pode reforçar a convicção dela de que já não é mais tão mulher e fazê-la abandonar a prática sexual.

Parece que as mulheres que têm orgasmo e vida sexual regular experimentam menopausa mais tranqüila e conseguem manter suas características femininas (depósito de gordura no quadril, voz fina, seios firmes etc.) por mais tempo que outras que não têm a mesma conduta.

A maioria das mulheres que hoje está passando pela menopausa cresceu em uma época em que o papel da mulher era ligado apenas à fertilidade e à maternidade. Além das transformações que ocorrem em seu corpo e em sua vida, elas têm de lidar com as transformações do mundo que as cerca, que são cada vez maiores e mais rápidas, nem sempre respeitando seu ritmo de adaptação.

Homem

Testículos e Hormônios

Os testículos são órgãos com dois grupos de células diferentes, especializadas na produção de espermatozóides, de testosterona (principal hormônio sexual masculino) e estrogênio (hormônio sexual feminino).

A testosterona não apresenta andamento cíclico como os hormônios sexuais femininos na mulher. Outros hormônios masculinos são sintetizados nas supra-renais, mas não desempenham papel importante porque têm ação androgênica fraca.

A testosterona age sobre as estruturas sexuais primárias (ductos que transportam espermatozóides, vesícula seminal, próstata, genitália externa) e sobre as estruturas sexuais secundárias (textura e distribuição de pêlos, barba, resposta das glândulas sebáceas, timbre da voz, distribuição de gordura, massa muscular, soldadura das epífises ósseas).

Segundo Moriguchi[25], os níveis séricos de testosterona diminuem significativamente já a partir dos 20 anos. A resposta das células testiculares diminui já a partir dos 30 anos. Entre 20 e 60 anos observou se uma diminuição da testosterona livre em quase 50%, o que oferece um quadro real da função das células de Leydig (células testiculares produtoras de testosterona) na senilidade.

A concentração dos hormônios masculinos aumenta com a atividade física, enquanto a imobilidade diminui os níveis plasmáticos. A variação induzida pela atividade física pode chegar a níveis dez vezes superiores aos dos sedentários.

Eixo Hipotálamo-Hipofisário

O mesmo mecanismo de *feedback* observado nas mulheres ocorre nos homens. O hipotálamo e a hi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pófise comandam, através de seus hormônios, a função dos testículos. O LH estimula as células de Leydig a produzirem testosterona e outros esteróides e o FSH, em uma ação associada ao LH, estimula a produção de espermatozóides. Com a diminuição do hormônio sexual masculino no climatério, ocorre um aumento compensatório da produção das gonadotrofinas hipofisárias.

Segundo Schneider[30], a causa essencial da menor produção hormonal testicular e, conseqüentemente, do aumento das gonadotrofinas, deve ser procurada nos próprios testículos. Ela parece estar na diminuição do suprimento de oxigênio para esses órgãos, causada pelas alterações circulatórias induzidas pelo processo de envelhecimento e acentuadas pelos fatores de risco da aterosclerose (hipertensão arterial, *diabetes mellitus,* aumento do colesterol no sangue, tabagismo etc.). Existe, porém, uma hipótese de a causa básica encontrar-se no eixo hipotálamo-hipofisário, hipótese esta muito pesquisada atualmente.

Climatério

O aumento dos hormônios hipofisários citados pode levar ao aparecimento, em alguns homens, de sintomas semelhantes àqueles da menopausa feminina: ondas de calor, irritabilidade, instabilidade, oscilações da pressão arterial etc.

Esse período é chamado, de maneira inapropriada, andropausa. Inapropriada porque não ocorre pausa na produção de androgênios. A produção de espermatozóides diminui em quantidade e qualidade, mas continua praticamente por toda a vida do homem. Os espermatozóides, diferentemente dos óvulos, são recém-fabricados; não têm a idade do homem.

Há na verdade o climatério masculino, uma fase de importantes modificações em vários aspectos, principalmente na esfera sexual. Alguns autores valorizam certos parâmetros psicofísicos típicos do climatério masculino (alterações na potência, prostatismo, depressão, ansiedade) em relação ao emprego experimental de testosterona. Observou-se, em geral, certa melhora do quadro clínico.

Parece, no entanto, que os hormônios masculinos podem aumentar a velocidade de envelhecimento, pois observou-se que a esperança de vida nos homens castrados é significativamente maior que nos controles normais.

Com a diminuição da testosterona na circulação dos homens ocorrem alterações em seu comportamento, tornando-os menos agressivos, com uma sexualidade mais abrangente, dando mais valor ao aconchego do que era seu costume fazer. Nem sempre, porém, o homem consegue e se permite viver uma sexualidade madura, na qual deixa de ser "simplesmente macho" para ser "homem".

Com o passar dos anos cresce a necessidade de participação mais ativa sexualmente da mulher, estimulando-o de maneira mais prolongada, e é preciso que ambos estejam dispostos a desempenhar esses novos papéis. Muitas vezes isso não acontece porque a relação já se encontrava desgastada.

O toque assume uma importância muito maior. Acontece, porém, que muitos homens fracassam em situações nas quais a mulher toma a iniciativa. Quando os papéis mudam e ele perde o domínio da situação, começa a ficar ansioso, interferindo na relação.

O Ciclo da Resposta Sexual

Segundo Masters e Johnson, o ciclo de resposta sexual humana é composto de quatro fases sucessivas e contínuas: excitação, platô, orgasmo e resolução.

Mulher

Excitação

É caracterizada pela vasocongestão dos órgãos genitais e do pavimento pélvico e pelo aumento da secreção das glândulas de Bartholin, responsáveis pela lubrificação da vagina.

Na mulher jovem, a fase de desejo e excitação é muito mais demorada — em torno de 30 minutos. A lubrificação é quase instantânea, em torno de 30 a 40 segundos. As paredes vaginais tornam se intumescidas, bem como os grandes e pequenos lábios.

A carência de estrogênio pode causar alterações na vulva e na vagina, que se tornam pálidas, mais finas e mais irritáveis. Observa-se, ainda, o afinamento das paredes da vagina, com uma certa diminuição do orifício de entrada e do lúmen vaginal, e o encurtamento da vagina. A lubrificação da vagina torna-se mais demorada e menos abundante. Segundo a Dra. Marilene C. Vargas[32], "as mulheres que mantêm relações sexuais regulares não apresentam atrofia vaginal, enquanto outras, que não têm vida sexual regular, apresentam essa atrofia com muito mais freqüência".

Essas alterações não justificam, no entanto, a renúncia ao ato sexual, uma vez que podem ser usados

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lubrificantes artificiais e maior delicadeza por parte do companheiro.

É importante a visita anual, regular, ao ginecologista, não só com o objetivo de se fazer os exames de prevenção do câncer de mama e do de útero, mas para a avaliação da necessidade e da conveniência de um tratamento de reposição hormonal.

Pesquisadores mostraram que antes de ocorrer qualquer resposta lubrificante na mulher há uma significativa atividade do músculo pubococcígeo. Este músculo vai do osso púbico ao cóccix, sustenta o ânus e os órgãos internos adjacentes. Assim, as pequenas contrações rápidas deste músculo constituem o primeiro estágio da resposta sexual.

Quando a mulher contrai seu músculo pubococcígeo o sangue flui para a vagina após cada contração, fazendo com que a região fique mais escura e aumente a lubrificação. As mulheres que exercitam esse seu músculo aceleram o processo de lubrificação. Este procedimento é particularmente útil para as mulheres mais idosas, que podem estar sofrendo de secura da mucosa vaginal. Como qualquer outro músculo, o pubococcígeo pode ser educado através de exercícios, como os propostos por Kegel.

Para tal, é importante, em primeiro lugar, que a mulher conheça bem sua anatomia e aprenda a isolar o músculo. Um bom método é tentar interromper o fluxo de urina. A contração e o relaxamento do pubococcígeo conseguem, respectivamente, impedir e liberar o fluxo urinário. Quanto mais treinado, maior a precisão desse controle.

Platô

Na fase de platô, a lubrificação é intensa, a vagina alarga-se, exceto pelo seu primeiro terço externo, e aprofunda-se, e o útero eleva-se para fora da cavidade pélvica. Ocorrem elevação e achatamento dos grandes lábios e elevação e achatamento do clitóris contra a sínfise púbica.

Na mulher acima de 40 anos a lubrificação pode ser mais demorada (até quatro minutos), principalmente naquelas que apresentam deficiência estrogênica ou nas que tiveram menopausa precoce. A vagina alarga-se e aprofunda-se mais lentamente e com menor elasticidade. A penetração peniana precipitada pode ferir a frágil parede vaginal e provocar dor.

Não se observa, por exemplo, facilidade no processo de elevação do útero, que é mais lenta e dolorosa, nem a elevação e o achatamento dos grandes lábios. Ocorre diminuição da abertura dos pequenos lábios, que perderam a cor típica. O clitóris conserva sua função de desencadeador da sensibilidade, mas deve ser tratado com cautela, devido à maior vulnerabilidade à irritação. Sofre menor elevação e achatamento contra a sínfise púbica e mostra-se de coloração menos intensa, com prepúcio menos volumoso, o que reflete menor intumescimento.

A vasodilatação, que na mulher mais jovem era generalizada, limita se na mulher mais velha a algumas zonas determinadas. Os seios, que mostram diminuição de tecido gorduroso e maior flacidez, já não se intumescem tanto, e o monte de Vênus (onde estão os pêlos pubianos) mostra-se com menos gordura.

Orgasmo

Há diferença entre clímax e orgasmo. Clímax é uma experiência genital localizada. O orgasmo é a "perda momentânea da consciência que acontece simultaneamente a alterações neuromusculares e endócrinas, somadas à vasodilatação generalizada nas mulheres mais jovens e parcial nas mais maduras". Assim, dele participam todos os músculos do corpo nos quais ocorrem contrações involuntárias e não apenas aqueles músculos da pelve. O orgasmo é seguido por uma sensação de leveza e até um esmorecimento das pernas.

Os orgasmos da mulher podem ser classificados em vulvar, vaginal e misto. Há pelo menos dois focos de excitação erótica genital nas mulheres: o clitóris e o ponto G (de Grafenberg). Esse ponto, localizado atrás do osso púbico, internamente, na frente da parede anterior da vagina, ao ser estimulado pela mão ou pelo pênis pode desencadear um orgasmo que se acompanha de liberação de secreção por parte das glândulas parauretrais de Skene, constituindo a "ejaculação feminina".

As mulheres que ejaculam durante o orgasmo parecem ter contrações significativamente mais fortes do músculo pubococcígeo do que aquelas que nunca ejacularam.

Durante o orgasmo ocorrem na mulher contrações rítmicas no primeiro terço externo da vagina e na musculatura pélvica, especialmente o elevador do ânus. Quanto maior o número de contrações, maior é a duração do orgasmo, mas não necessariamente a intensidade.

Na mulher com idade superior a 40 anos a latência orgástica pode durar de 0,3 a sete minutos, en-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

quanto na jovem chega a demorar até 30 minutos. Na juventude, ocorrem nessas estruturas cerca de oito a 12 contrações rítmicas a cada 0,8 segundos e três a cinco contrações uterinas. Com o envelhecimento, ocorre redução numérica das contrações rítmicas da "plataforma do orgasmo", que passam a apresentar cerca de quatro a cinco contrações, enquanto as uterinas passam a uma ou duas.

Em alguns casos, é possível observar uma contração dolorosa do útero que se irradia para as pernas, podendo durar mais ou menos um minuto. Este evento está geralmente ligado a miomas uterinos, partos problemáticos, cirurgias prévias, insuficiência hormonal e, com muita freqüência, a fatores psicológicos. É importante reconhecer e tratar as causas para evitar o abandono do ato sexual.

Resolução

Ocorre rápida descongestão das estruturas envolvidas, não havendo período refratário, no qual a estimulação não se acompanha de resposta excitatória, recomeçando-se o ciclo. O tempo de latência orgástica é muito menor nas mulheres acima de 40 anos se comparado àquelas mais jovens. Permanece intacta na mulher idosa a capacidade de ter orgasmos repetidos.

As mulheres multiorgásticas com o passar dos anos podem ter ainda mais orgasmos. E, mesmo as mulheres que não tinham orgasmos múltiplos, após os 40 anos começam a ter mais de um orgasmo, fazendo pensar que a educação, o treino e a prática são fatores importantes para a melhoria da qualidade do orgasmo. Pode se, então, concluir que o orgasmo também pode ser aprendido.

Homem

Excitação

O fluxo de sangue para o pênis e a conseqüente ereção acontecem no jovem rapidamente, de maneira completa e bem sustentada.

Apesar do comprimento do pênis não variar significativamente com o avançar da idade, o tamanho máximo da circunferência peniana diminui.

No que diz respeito à ereção, com o passar dos anos acontece um processo normal de desaceleração nas respostas sexuais. É preciso mais tempo e estimulação mais direta para que o pênis fique ereto. Assume importância a maior participação ativa da parceira. A ereção pode ser menos potente, incompleta e facilmente perdida. A maior preocupação com a *perfomance,* a ansiedade e o medo de perder a ereção podem interferir no processo. Muitos homens interpretam as mudanças que acontecem com a idade como um problema que os conduzirá necessariamente à impotência.

As ereções noturnas que ocorrem em ciclos regulares, predominantemente durante o sono REM (fase do sono em que ocorrem os movimentos rápidos dos olhos), são menores nos idosos.

Platô

Período em que se consegue manter um elevado estado de tensão, com sensações agradáveis, até um ponto de inevitabilidade ejaculatória. O homem leva menos tempo que a mulher para chegar ao orgasmo. Sendo assim, essa fase é de extrema importância para que a relação seja satisfatória para ambos.

Com o passar dos anos, a elevação e o aumento de volume dos testículos, bem como a congestão vascular do escroto, são menos pronunciados. A secreção pré-ejaculatória pelas glândulas de Cowper regride muito até cessar.

O homem entre 50 e 70 anos consegue controlar muito melhor esta fase e manter um elevado estado de tensão e sensações agradáveis por um tempo indefinido. Ainda, nessa faixa etária, os homens conseguem adiar a própria exigência ejaculatória para outra ocasião sexual.

Orgasmo

É a sensação prazerosa sempre ligada a um período de inconsciência, acompanhada ou não de ejaculação. Existem nos homens dois focos de excitação erótica: o pênis e a próstata.

Na primeira fase da relação, ocorrem contrações do pênis, assim como do canal deferente, da vesícula seminal e da próstata, que conduzem o líquido ejaculatório até o bulbo uretral. Na segunda fase, pode ocorrer a expulsão do líquido ejaculatório em decorrência de contrações dos músculos perineais e bulbocavernosos, no ritmo de uma a cada 0,8 segundos. Na fase de expulsão do líquido ejaculatório, a uretra do pênis se contrai, assim como o ânus e os músculos do assoalho pélvico.

Existe um centro superior cerebral que controla a ejaculação, assim como existe também um centro superior que controla o orgasmo. Estão em locais di-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ferentes no cérebro e na hora do orgasmo podem atuar simultaneamente. Os indivíduos que sofreram cirurgia de próstata ou que tiveram alguma doença nos segmentos sacrais da coluna normalmente não apresentam ejaculação.

Geralmente, até os 50 anos de idade o orgasmo ocorre simultaneamente à ejaculação (com algumas exceções). O homem jovem não consegue diferenciar ejaculação e orgasmo. É levado a se satisfazer através do prazer genital localizado. No homem maduro é muito freqüente o "orgasmo seco", independente da ejaculação. Seu orgasmo traz realização no compartilhar, na integração, sendo bem mais abrangente que o simples "alívio ejaculatório". Nem sempre, porém, o homem consegue vivenciá-lo dessa maneira, mantendo se preso ao que representava para ele um bom desempenho sexual quando mais jovem.

No jovem, o orgasmo apresenta contrações rítmicas do pavimento pélvico e da próstata, cerca de oito a 12 vezes. O sêmen é expulso (cerca de 3 a 5cc) com bastante força (alcança de 30 a 60cm). Com a idade, há diminuição das contrações rítmicas do músculo pubococcígeo e da próstata para cinco a seis vezes. O sêmen expulso é em menor quantidade (2 a 3cc) e tem menos força (alcança de 8 a 30cm). Pode ocorrer espasmo doloroso da próstata, cujas causas devem ser pesquisadas e tratadas.

Resolução

O período refratário, de latência, no qual não é possível ocorrer nova ereção, é bem curto no jovem — cerca de minutos. No idoso, esse período é mais prolongado, podendo variar de minutos a horas e até dias sem que se consiga uma nova ereção. Mas isso não significa que a partir dos 60 anos as relações sexuais só possam ocorrer em intervalos longos. Isso irá depender da necessidade de cada um e de como ocorrerá o estímulo sexual.

O músculo pubococcígeo também desempenha no homem um papel importante do ponto de vista sexual. Antes da ereção, observam-se pequenas contrações rítmicas desse músculo que incentivam o maior afluxo de sangue para a região.

Existem muitos homens que sofrem de fraqueza e atrofia desse músculo, o que pode se acentuar com a idade. Um sintoma desse estado é a presença de um longo período refratário. Pesquisadores têm observado que os homens são tão capazes de ter orgasmos múltiplos quanto as mulheres, e que um músculo pubococcígeo forte é o mais importante dos fatores que contribuem para essa capacidade. Um homem com o músculo pubococcígeo em forma é capaz de sustentar a ereção e movimentar mais o pênis ereto.

Segundo Masters e Johnson: "Com o aumento da capacidade de controle no que diz respeito ao processo ejaculatório, diminui a necessidade de ejaculação. Isso aumenta a possibilidade das iterações sexuais dos parceiros mais idosos. Quando não se visa a um orgasmo e quando este não é atingido, uma nova ereção é possível mais rapidamente, já que não há fase refratária. Um orgasmo forçado leva com freqüência à perda da ereção. Isso acontece quando o homem, a mulher ou ambos pensam que todo encontro sexual deve culminar necessariamente com o orgasmo. Esse fato seguramente é contrário ao princípio do prazer."

O uso do preservativo, recurso considerado o mais eficaz até o momento para a prevenção da Aids, pode criar um momento de ansiedade e interferir na ereção e sua sustentação, que com a idade já se torna mais vulnerável.

Fatores que Interferem na Vida Sexual dos Idosos

Existem condições que não consentem a atuação dos próprios desejos sexuais ou que a perturbam de maneira relevante. No idoso, mais do que nos mais jovens, as causas se somam: são fatores físicos, psíquicos e sociais que se misturam, criando muitas vezes um círculo vicioso que reforça a idéia preconceituosa de que "velho não precisa de sexo".

O próprio processo de envelhecimento fisiológico leva a uma série de alterações que, acentuadas por hábitos de vida pouco saudáveis, acabam interferindo na resposta dos órgãos que participam da atividade sexual. São elas: diminuição das fibras elásticas que são substituídas por tecido de cicatrização, não elástico; diminuição da gordura e alterações em sua distribuição; diminuição do tônus e trofismo muscular; alterações no aparelho locomotor; alterações circulatórias e respiratórias.

Todas essas mudanças levam a uma menor *performance* física, e facilitam a fadiga mecânica. Mas todas elas, sejam fisiológicas ou patológicas, só interferem marginalmente na capacidade sexual.

É muito importante esclarecer quais são as alterações que o processo de envelhecimento determina na sexualidade para se poder afastar as interferências negativas resultantes do condicionamento social. E,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nos casos de patologias diagnosticadas, buscar tratamento adequado para que elas não sejam motivo de afastamento de tão importante fonte de satisfação do ser humano que é o relacionamento sexual.

Para muitos estudiosos, a causa mais comum e típica de anormalidade sexual consiste no fato de que muitas pessoas têm uma vida sexual inibida, rígida, condicionada pela ansiedade e frustrante. A censura em relação ao comportamento sexual dos outros e principalmente dos idosos tem com freqüência origem na auto-repressão.

Enquanto as dificuldades sexuais da mulher idosa baseiam-se em fatores de caráter moral, as dificuldades do homem têm em sua maior parte relação com as alterações na capacidade de ereção. O maior ou o menor interesse na atividade sexual da mulher na terceira idade depende consideravelmente do fato de ter ou não parceiro conjugal.

Inúmeros medicamentos afetam a sexualidade. Alguns interferem na resposta do sistema nervoso autônomo, enquanto outros interferem no humor e no estado de alerta do paciente ou provocam variações na produção ou na ação dos hormônios.

Dentre os medicamentos que induzem com maior freqüência alterações na *performance* física de ambos os sexos, podem ser citados os anti-hipertensivos, os tranqüilizantes e os antidepressivos.

O álcool é um grande inimigo do sexo, pois "aumenta o desejo e dificulta a execução". Quanto maior a idade, maior a suscetibilidade à sua ação. O fumo promove uma vasoconstrição generalizada, que interfere no afluxo de sangue para a área genital, atrapalhando a *performance* sexual.

Diversas patologias acabam por interferir direta ou indiretamente na atividade sexual dos idosos. Elas não precisam necessariamente acompanhar a passagem dos anos, mas são, sem dúvida nenhuma, mais freqüentes com eles. São cardiopatias, *diabetes mellitus,* seqüelas de acidentes vasculares cerebrais, artrose, osteoporose, doença de Parkinson etc.

Pessoas que tiveram infarto do miocárdio sentem se muitas vezes receosas e incapazes de manter atividade sexual. Segundo alguns pesquisadores, a atividade sexual, desde que não praticada com um parceiro desconhecido ou em relações "aventureiras", não é uma sobrecarga maior do que subir uma escada por um ou dois andares. Deve-se evitar que o parceiro coronariano assuma a posição de cima para evitar o apoio e a sobrecarga.

Mulher

Falta de Libido

As causas da falta de libido não são exclusivas das idosas — referem-se a mulheres de todas as idades. As mais importantes são: doenças endócrinas, doenças pélvicas infecciosas, alcoolismo, doença renal crônica, doenças hepáticas, *diabetes mellitus* e o uso de drogas (anorexígenos, calmantes, antidepressivos, maconha, LSD e cocaína).

Comprometimento do Músculo Pubococcígeo

Quanto melhor o estado do músculo pubococcígeo, mais prazer homens e mulheres tiram das relações sexuais. O mais comum é que seu enfraquecimento e atrofia aconteçam nos períodos mais tardios da vida e ambas as condições podem resultar de diversos distúrbios, dentre eles: prolapso do útero, cistocele, retocele, em conseqüência de mau tônus muscular. Podem surgir também vários problemas funcionais, sendo o mais comum a incontinência urinária de estresse.

A fraqueza do músculo pubococcígeo pode ser responsável, em parte, pela menor lubrificação vaginal e pelo fracasso de se alcançar o orgasmo durante o ato sexual.

Associa-se com freqüência a fraqueza desse músculo a um trauma na hora do parto. Observou-se, porém, que sua fraqueza é a causa e não a conseqüência de problemas no parto e de seu enfraquecimento posterior.

Um músculo frouxo, sem exercício, não responde bem. Um músculo saudável é mais sensível aos estímulos físicos. Sua flacidez pode ter também uma base psicológica.

O músculo pubococcígeo pode apresentar-se ainda em estado de tensão, que pode ser situacional ou crônica. A forma mais comum de tensão ocasional é o vaginismo.

Vaginismo é o espasmo doloroso do músculo pubococcígeo. Essa contração é involuntária e os órgãos genitais, ao exame, são anatomicamente normais. As causas do vaginismo podem ser reais ou fantasiosas, conscientes ou inconscientes. São algumas das causas: dor física durante a relação sexual (causada por doença pélvica, experiência traumática), culpa e ansiedade (comum em lares onde existem atitudes rígidas em relação à sexualidade) e imaturidade (comportamento em que predomina a dramatização).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Muitas vezes, a tensão desse músculo se expressa de maneira diferente, confundindo-se com uma lombalgia. A tensão pélvica crônica contribui para a infecção do trato urinário na medida em que o músculo, constantemente em estado de tensão, dificulta a circulação do sangue e da linfa, o que acarreta a diminuição da defesa local.

Muita gente, em especial as mulheres, têm sido treinadas para não atentarem para as sensações da região pélvica, encarando-as como pecaminosas. A ignorância e a falta de conhecimento do próprio corpo interferem na sua capacidade de contrair e relaxar o músculo pubococcígeo, o que causa sua flacidez.

Dispareunia

Relação difícil ou dolorosa. As causas principais são: psicogênica, deficiência hormonal, distrofia da vulva e da vagina (geralmente secundárias da *diabetes mellitus),* traumas obstétricos e cirúrgicos, doenças genitais e extragenitais. Em um certo número de casos, pode estar associada ao vaginismo.

Disfunções Orgásticas

Segundo a Dra. Marilene C. Vargas[32], disfunção orgástica é a dificuldade que a mulher apresenta para alcançar o orgasmo na masturbação ou na relação sexual. É muito comum que esse problema venha sendo arrastado desde os primeiros anos de um casamento.

Existe anorgasmia total ou frigidez, que é a incapacidade de atingir orgasmo clitoridiano ou vaginal, em qualquer época ou situação. Muitas mulheres que apresentam disfunção do desejo são erroneamente classificadas como frígidas.

Disfunção orgástica parcial é a dificuldade de atingir o orgasmo durante uma relação sexual. Pode ser primária (quando a mulher nunca teve um orgasmo na relação sexual) ou secundária (quando tinha orgasmos e depois deixou de ter). Existe ainda a disfunção orgástica situacional, quando há incapacidade de ter orgasmos em determinadas circunstâncias. As causas mais comuns são devidas a fatores psicológicos, orgânicos e mistos — todas secundárias.

As *causas psicológicas* são traumas na infância ou na primeira relação, alto nível de ansiedade, complexo de inferioridade, inibição, conflitos psicológicos, culpa, medo de doenças, frustração por não ter filhos, diminuição da auto-estima (diminuição dos caracteres femininos com o envelhecimento, pós-cirurgia das mamas ou histerectomia), relacionamento perturbado, infidelidade conjugal etc.

As *causas orgânicas* são doenças hormonais, neurológicas, vasculares pélvicas, dor na relação, doenças degenerativas, doenças renais crônicas e doenças vasculares obstrutivas.

Homem

Libido

As alterações da libido encontram-se diretamente ligadas à testosterona. Em algumas situações, a diminuição da libido deve-se à alteração no metabolismo desse hormônio: doenças hepáticas, insuficiência renal, desnutrição etc. A prostatite crônica pode acompanhar diminuição da libido por causa da dor.

Disfunção Erétil

A disfunção erétil é caracterizada pela incapacidade de se obter do pênis a rigidez necessária à penetração. Se o indivíduo, por não conseguir uma rigidez total, começar a pensar que está "acabado", entrará em um círculo de ansiedade e tornará a falha inevitável.

Falhas ocasionais não caracterizam impotência, principalmente se a pessoa encontra-se ou esteve sob elevado grau de tensão emocional, depressão ou ansiedade. A dificuldade de encarar as falhas com naturalidade, em decorrência da cultura, faz com que o indivíduo desenvolva o "fantasma da impotência".

Estudos recentes sugerem que em cerca de 50% dos casos de impotência persistente existem causas orgânicas. A impotência pode ser primária (caso em que o indivíduo nunca teve uma ereção) ou secundária (distúrbio mais freqüente; geralmente, no idoso, de causa multifatorial). Pode ocorrer como efeito de algumas afecções: *diabetes mellitus,* depressão, hipertensão arterial (devido ao tratamento), hepatopatias, distúrbios cardiocirculatórios, respiratórios e neurológicos, hipogonadismo e outras alterações endócrinas, traumas, cirurgias radicais, esclerose múltipla, doença de Peyronie. Também surge com o uso de medicamentos (barbitúricos, tranqüilizantes, sedativos, anti hipertensivos, digitálicos, cimetidina, anoréxicos etc.). Pode ainda estar relacionada ao consumo excessivo de álcool, fumo e a situações de estresse.

Cirurgias envolvendo a próstata podem agravar os temores que alguns homens demonstram de não conseguirem mais ereção. A próstata não interfere diretamente na ereção. Podem ocorrer, no entanto, durante a cirurgia, danos aos nervos relacionados à ereção.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para Moacir Costa, "a verdadeira impotência está, em geral, associada a um sentimento de incapacidade ou de insegurança em relação a outras situações da vida, a uma dificuldade de se envolver".

Em decorrência de todas as alterações endócrinas, vasculares, neurológicas e outros fatores (inclusive na esfera emocional e comportamental) que podem acompanhar a passagem dos anos, a incidência de impotência aumenta significativamente com o envelhecimento. Segundo Moriguchi[25], mesmo em idosos normais a incidência pode chegar a 50% na sétima década de vida e a 80% na oitava.

Distúrbios da Ejaculação

Ejaculação precoce é a forma mais comum de distúrbio em jovens. Caso ocorra na terceira idade é porque já existia há algum tempo. Não há causas específicas orgânicas para a ejaculação precoce, mas sim fatores psicológicos que impedem o homem de perceber o momento em que a ejaculação vai acontecer, impossibilitando o seu controle.

Ejaculação dolorosa geralmente de causa inflamatória, sendo importante pesquisar a causa e tratá la.

Ejaculação retrógrada é a ejaculação seca, que não interfere no prazer. Em cirurgias da próstata é importante o paciente ser informado de que, após a cirurgia, a ejaculação ocorrerá para dentro da bexiga, e não para fora, como antes.

Conclusão

A sexualidade é algo que se expressa naturalmente em tudo aquilo que nos diz respeito. A maneira como lidamos com ela é a nossa "marca registrada", um retrato. Deixar fluir a sexualidade não significa absolutamente ter relações sexuais freqüentes e e lidar com elas de maneira mecânica, seguindo um "manual de instruções". Significa imprimir em toda e qualquer forma de expressão a satisfação de ser homem ou ser mulher.

A sexualidade muda no decorrer do tempo porque as pessoas mudam, crescem, tornam se cada vez mais elas mesmas. Na terceira idade, pode se dizer que se perde em quantidade mas, seguramente, pode-se ganhar em qualidade. As alterações observadas na sexualidade com o passar dos anos proporcionam a ambos os sexos oportunidades para compreender melhor o gênero oposto. É como sentir na pele o que o outro sentia. É, portanto, um momento de aproximação e de entrosamento máximo, oportunidade de viver o sexo plenamente.

Nem sempre, porém, as pessoas têm o hábito saudável de conversar sobre sexo, sobre seus desejos, satisfações e insatisfações, e as mudanças fisiológicas observadas as assustam de tal maneira que elas se tornam inseguras e passam a questionar se ainda têm condições de desempenhar bem o seu "papel".

O passar dos anos oferece maior possibilidade de o ato sexual deixar de ser uma relação entre macho e fêmea para ser uma relação entre homem e mulher. A idade permite às pessoas vivenciar o sexo em suas sutilezas, como uma linguagem que aperfeiçoa, reforça e enriquece a relação humana. Deve ser saboreado lentamente, sem pressa, sem regras ou modelos. A vivência de nossa sexualidade reflete sempre, independente da idade, a intensidade e a facilidade com que nos entregamos, nos permitimos completar e sermos completados.

Como disse Alex Comfort[6]: "Provavelmente a nova geração de idosos portar-se-á de maneira bem diferente, pois terá uma vida familiarizada com uma visão mais positiva do sexo, não se deixando levar pela angustiante expectativa de uma velhice impotente e forçosamente casta, mas sim pela determinação de prolongar ao máximo o tipo de vida que sempre conheceram."

Envelhecemos como vivemos, e falar de sexo na terceira idade é falar de vida, talvez de sua mais importante fonte de motivação, para pessoas de todas as idades.

Referências Bibliográficas

1. Angelini G, Ravizza L. La sessualitá dell'anziano. L'uomo e la senescenza. Ata. Torino; 1983. p. 197.
2. Aveni Casucci MA, Madema AM. La congiura dei silenzio. Quademi Schiapparelli; 1982; 1: 10.
3. Brow ADG. The genitourinary system gynaecological disorders in the elderly. In: Brocklehurst JC (ed.). Textbook of geriatric medicine and. gerontology. 5 ed. Nova York: Churchill-Livingstone; 1985. p. 659.
4. Butier RN, Lewis M. Sexuality. In: The Merck manual of geriatrics. Rahway NJ: Merck Sharp & Dohme Research Laboratories; 1990. p. 631.
5. Cavallero R, Cavazzuti E. Caratteristiche sociali e psicologiche dell'età senile. In: Cavazzuti E. Gerontologia e geriatria. Udine: Collegio IPASVI di Udine; 1985. p. 51.
6. Comfort A. Sexo. In: Comfort A. A boa idade. São Paulo: Difusão Editorial; 1979. p. 202.
7. Costa M. Sexo: o dilema do homem. São Paulo: Gente; 1994.
8. Costa M, Monesi AA, Rodrigues Jr. O. Cem dúvidas sobre sexo. São Paulo: Gente; 1993.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

9. Dutta TC, Eid JF. Vacuum constrictive devices for ED. A long-term prospective study of patients with mild, moderate, and severe dysfunction. Adult Urol; 1999; 541: 891.
10. Fasullo S, Giordano P, Vigneri M. Riflessioni su alcuni aspetti psicologici e psicopatologici della terza età. L'uomo e la senescenza. Ata. Torino; 1983. p. 219.
11. Fraiman AP. Coisas da idade. 2 ed. São Paulo: Hermes Editora; 1991.
12. Fraiman AP. Sexo e afeto na terceira idade. São Paulo: Gente; 1994.
13. Gorga FA. Disfunção erétil. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 507
14. Grimm RH, Gregiry A, Prineas RJ et al. Long-effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygiene treatment in hypertensive man and women; 1997; 29: 8.
15. Halber HW, Fonseca AM. Síndrome do climatério. In: Halber HW (ed.). Tratado de Ginecologia. 3 ed. São Paulo: Roca; 2000.
16. Halber HW, Ramos LO, Halber AFP et al. Tratamento de reposição hormonal no climatério e na menopausa. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 413.
17. Hall MRP. The endocrine system — the hypophysoadrenal axis. In: Brocklehurst JC. Textbook of geriatric medicine and gerontology. 5 ed. Nova York: Churchill Livingstone; 1985. p. 679.
18. Kim MH. Os ovários. In: Mazzaferri F (org.). Endocrinologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. p. 247.
19. Korenman SG, Stanik S. Female reproductive endocrinology. In: Cassel CK, Walsh JR. Geriatric medicine. Nova York: Springer Verlag; 1984. p. 412.
20. Ladas AK, Whipple B, Penry JD. O ponto G. 4 ed. Rio de Janeiro: Record; 1982.
21. Liberman S, Liberman B. Hipogonadismo. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 407.
22. Malizia E. Eros e fantasia. Quademi Schiapparelli; 1982; 1: 16.
23. Mankowitz A. Menopausa — tempo de renascimento. São Paulo: Edições Paulinas; 1987.
24. Mardegan Jr. E. A idade do lobo. São Paulo: Mercuryo; 1993.
25. Moriguchi Y, Moriguchi EH. Biologia geriátrica ilustrada. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1988.
26. Müller EE, Cocchi D. La neuroendocrinologia dell'invecchiamento. In: Sirtori C. La nuova prevenzione attiva antisenile. Verona: Cortina International; 1984. p. 81.
27. Peruzza M. Attività sessuale nel cardiopatico anziano. Quademi Schiapparelli; 1982; 1:20.
28. Ribeiro A. Sexualidade: encontro — complementação. In: Ribeiro A. Manual para viver bem uma longa vida. São Paulo: 2. Egrasa; 1995. p. 186.
29. Rozzini R, Trabucchi M. Farmaci e sistema endocrino nell'anziano. In: Rozzini R, Trabucchi M. Farmacologia geriátrica. Milano: Masson Italia Editori; 1983. p. 163.
30. Schneider J. Distúrbios sexuais. In: Schneider J (org.). Manual de Geriatria. São Paulo: Livraria Roca; 1985. p. 283.
31. Stanik S, Korenman SG. Male reproductive endocrinology. In: Cassei CK, Walsh JR. Geriatric medicine. Nova York: Springer Verlag; 1984. p. 424.
32. Vargas MC. Manual do orgasmo. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1993.
33. Wieland RG. Os testículos. In: Mazzaferri F. Endocrinologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. p. 247.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

24 Depressão no Idoso

Paulo Renato Canineu

Introdução

A depressão constitui-se em uma condição psiquiátrica que abrange sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, podendo haver variações conforme a fase da vida da pessoa que é por ela acometida. Estima-se que atualmente mais de 340 milhões de pacientes sejam portadores de sintomas depressivos em todo mundo, de forma que tanto as mulheres quanto os homens podem ser prejudicados por ela ao longo de seu ciclo de vida.

A depressão tem sido verificada e citada desde a Antiguidade. Hipócrates, no ano 400 a.C., cita entre as perturbações mentais os termos "mania" e "melancolia". No ano 30 d.C., Aulus Cornelius Celsus descreveu a melancolia como uma depressão causada pela bile negra. Em 1854, Jules Fabret descreveu uma condição clínica na qual o paciente tinha alterações de humor, oscilando entre depressão e mania. No final do século XIX, a depressão foi caracterizada como a diminuição do ânimo, da coragem ou da iniciativa, com tendência a pensamentos tristes. Em 1921 Emil Kraepelin publicou alguns dos seus estudos conceituando a psicose maníaco-depressiva, que continha a maioria dos critérios atuais utilizados para o diagnóstico de transtorno bipolar I. O mesmo autor também descreveu um quadro de rebaixamento do humor em mulheres após a menopausa e em homens já idosos, que veio mais tarde a ser chamado de melancolia involutiva, sendo visto como um transtorno de humor de início tardio, com características clínicas diferentes daqueles recorrentes, que se iniciaram em fases mais precoces da vida.

Kaplan e Sadock[13] em seu livro *Compêndio de psiquiatria* especificaram três diferentes usos para a palavra depressão:

- *leigo*: significando o mesmo que tristeza e desânimo;
- *em psiquiatria*: expressando sintoma relacionado ao humor rebaixado;
- *uso para definir uma síndrome*: compreendendo um conjunto de sintomas caracterizando seus portadores.

Quando se fala em depressão, deve-se considerar que ela se enquadra entre os transtornos do humor. Estes são classificados de duas formas diferentes: segundo o DSM-IV (1994), tem-se o transtorno depressivo maior (único ou recorrente), o transtorno distímico, o transtorno bipolar (I e II), o transtorno ciclotímico e outros transtornos de humor (induzidos por drogas); e, segundo o CID-10 (1993), tem-se o episódio maníaco, o transtorno afetivo bipolar, o episódio depressivo, o transtorno depressivo recorrente, os transtornos persistentes do humor (ciclotimia e distimia) e outros.

A depressão é um importante problema de saúde pública, acarretando elevados custos aos indivíduos e à própria sociedade ao não ser diagnosticada,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

permitindo que seus portadores passem por várias avaliações médicas sem um diagnóstico preciso e, consequentemente, sem um tratamento orientado.

Em virtude de não ser corretamente diagnosticada e prontamente reconhecida, constitui-se em importante causa de incapacidade. Em 1990 era a quarta causa, precedida por infecções respiratórias, afecções perinatais e Aids. Projeta-se que em 2020 a depressão seja a segunda maior causa de incapacidade, apenas superada pela doença isquêmica do coração.

Prevalência

Sabe-se que a prevalência da depressão é de cerca de 15% na população geral, 12% em homens, podendo alcançar 20% nas mulheres; 1% das pessoas têm transtorno afetivo bipolar, pelo menos 5% vivem um episódio depressivo grave ao longo da vida, e até 15% dos depressivos graves cometem suicídio. Também, aproximadamente 20% dos depressivos precisam de internação. Segundo Kessler e col. [15], quando analisamos o perfil de tratamento realizado em pacientes idosos diagnosticados nos últimos doze meses, verifica-se que 51,6% deles recebem algum tratamento, sendo que, destes, 58,1% têm tratamento inadequado e 41,9% com a mínima adequação. Cerca de 48,4% não recebem nenhum tratamento. O mesmo estudo mostra que apenas 21,6% submetem-se a tratamento correto. Segundo Tavares (2005), a prevalência de depressão é de cerca de 1% a 10% na população idosa (acima dos 60 anos), sendo muito maior em idosos institucionalizados (25% a 80%). Os diferentes índices de prevalência são devidos a diferentes instrumentos de avaliação utilizados. A Organização Mundial da Saúde[32] estima aumento da prevalência de depressão de 1,9% para homens e 3,2% para mulheres (http://www.psiqweb.med.br).

A prevalência de depressão em idosos pode também ter alguma variação em função de vários fatores. A própria expectativa de vida que vem crescendo, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, contribui para o aumento do número de casos, bem como o acúmulo de fatores estressantes. Hoje, as pessoas não só vivem mais, mas também assumem papéis na própria sociedade e na família que, muitas vezes, constituem verdadeiros desafios em sua vida e podem levá-las a desenvolver a sintomatologia. A depressão é um dos diagnósticos mais freqüentemente encontrados nos serviços de psiquiatria destinados à população idosa.

Etiologia

É importante considerar que a depressão pode ter múltipla etiologia, associando-se a fatores biológicos, sociais e psicológicos; podendo, no entanto, sofrer interferência de outras variáveis.

Em geral, está relacionada às alterações estruturais e funcionais do próprio sistema nervoso central. Hoje, fala-se em depressão vascular, que possui um componente aterosclerótico na determinação do comprometimento circulatório cerebral em áreas relacionadas ao humor e à própria memória[26]. No processo de envelhecimento, não podemos deixar de relacionar também comorbidades importantes, tais como alterações da tireóide, diabetes, cardiopatias, demência e uso crônico de medicamentos — antipsicóticos, benzodiazepínicos e outros. Há ainda a interferência de fatores psicossociais, como a aposentadoria, a mudança de papéis na sociedade e na família, os diversos tipos de perdas. Os sofrimentos prévios e atuais, bem como as condições sociais dessa fase da vida, podem também constituir-se importantes desencadeadores de quadros depressivos. Deve-se levar em consideração que as mudanças no papel social após a aposentadoria, as progressivas deficiências econômicas, o falecimento do cônjuge, de um filho ou de um amigo da mesma faixa etária progressivamente conduzem o idoso a um estado de isolamento — um dos principais fatores determinantes de depressão ou mesmo de demência. As próprias mudanças físicas e ambientais e o desamparo médico-assistencial causam grande impacto na vida e na situação do idoso. Autores renomados, há não muito tempo, consideravam que a depressão se constituía numa resposta fisiológica ao envelhecimento[7], possivelmente em função de todos esses fatos tão comum nessa fase da vida.

Torna-se necessário salientar que tudo isso anteriormente referido tem como base a instalação de uma desregulação dos chamados neurotransmissores cerebrais, que são os responsáveis pela atividade determinante do pensamento e das emoções.

Sintomatologia

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, utilizam-se os seguintes critérios necessários para caracterizar a depressão, contidos no DSM-IV[2]:

1. humor depressivo na maior parte do dia, quase todos os dias, referido subjetivamente pelo paciente ou por seus familiares;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

2. perda do interesse ou do prazer, na maior parte do dia, quase todos os dias;
3. agitação ou retardo psicomotor, quase todos os dias;
4. fadiga e diminuição de energia, quase todos os dias;
5. sentimentos de culpa e desesperança excessivos ou inadequados;
6. diminuição da concentração e da memória, quase todos os dias;
7. pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Os itens 1 e 2 são obrigatórios para o diagnóstico de depressão maior, combinados a pelo menos mais quatro outros itens, que devem estar presentes na maior parte do dia e pelo menos ao longo de duas semanas. Em relação a distimia (também denominada depressão menor), o diagnóstico é realizado quando verifica-se, ao longo de pelo menos dois anos, humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para a depressão maior. É importante considerar que os sintomas não podem correlacionar-se com doenças físicas, outros problemas psíquicos ou com a utilização de drogas.

Já os sintomas depressivos, que são mais habitualmente freqüentes nos idosos, não têm periodicidade de manifestação, podendo estar ou não relacionados a ocorrências que afetam o estado de saúde das pessoas, bem como sua vida social e/ou familiar.

Uma outra maneira de caracterizar a depressão em relação à sua sintomatologia clínica é dividindo-a em manifestações relacionadas ao estado do humor, neurovegetativas, cognitivas e psicóticas. Algumas dessas manifestações são mais características do idoso, confundindo muitas vezes o diagnóstico para aquele profissional menos familiarizado com o envelhecimento[29].

As manifestações relacionadas ao humor compreendem: rebaixamento do humor, falta de prazer e interesses, instabilidade (também presentes em crianças e adolescentes), sentimentos de abandono e desesperança, diminuição da auto-estima, retraimento progressivo, solidão, idéias autodepreciativas, idéias de morte e tentativas de suicídio (menos freqüentes nos idosos).

Entre as manifestações neurovegetativas salientam-se: inapetência, emagrecimento, distúrbios do sono (geralmente insônia), perda de energia (sensação de fraqueza generalizada ou especificamente nas pernas), lentidão psicomotora, inquietação, hipocondria e dores não específicas. É freqüente que muitos idosos perambulem por diversos profissionais, que sejam submetidos a vários tratamentos clínicos sem nenhuma eficácia, enquanto um diagnóstico preciso não é realizado e, conseqüentemente, o tratamento específico. A depressão torna-se assim uma doença crônica e cara.

Em relação aos sintomas cognitivos, verificam-se dificuldades de concentração, de memorização, lentidão no raciocínio e problemas de aprendizagem. No idoso, pode haver a associação de depressão com demência, sendo não tão simples diferenciá-las[21]. Assim, enquanto o início da depressão é geralmente preciso, na demência o quadro inicial é indeterminado; a progressão da sintomatologia é mais rápida na depressão, fazendo com que a procura de atendimento se dê também mais rapidamente, enquanto na demência a progressão é mais lenta, os sintomas "são atribuídos ao envelhecimento" e a chegada ao médico é então retardada, prejudicando o próprio tratamento. No caso do paciente depressivo, as queixas são mais difíceis de serem obtidas, mas podem até ser detalhadas conforme a abordagem, mesmo sem colaboração e disposição, enquanto no caso da demência há colaboração, contudo, sem qualquer possibilidade de detalhamento das queixas. Há ainda perda da sociabilidade na depressão, mantida na demência, especialmente ainda em fase leve. Diversos autores[1,4,24] têm estabelecido estreitas relações entre depressão e demência, principalmente no caso de doentes tardios, sem nenhuma história anterior na juventude ou na vida madura.

A depressão pode muitas vezes se constituir no pródromo de um quadro demencial. Deve-se também ter em mente que ela pode comumente manifestar-se na demência em suas fases iniciais e até no comprometimento cognitivo leve, desaparecendo à medida que a doença evolui.

Entre as manifestações psicóticas da depressão do idoso, pode-se apontar as idéias paranóides e alguns tipos de delírio (especialmente de ruína, morte, perseguição e doença grave), que também podem ocorrer nos quadros demenciais. Um exemplo é o delírio de que a casa em que vive não é sua casa. Também na depressão podem existir a alucinações visuais e auditivas, principalmente aquelas mandativas de suicídio[22].

É necessário considerar o cuidado em relação às manifestações clínicas que, mesmo com a melhora de humor que há com o tratamento, podem persistir por tempo indeterminado: desprazer geral e falta de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

motivação, dificuldades de ordem sexual, falta de energia, lentidão cognitiva, dificuldades de concentração, alguns sintomas de tensão e ansiedade, preocupação desproporcional às situações vividas, insônia tardia e dores inespecíficas. Por tudo isso, há de se considerar que a depressão no idoso se constitui num importante problema de saúde que pode ser mascarado por suas próprias características (pelos sintomas neurovegetativos e cognitivos), é geralmente negada pelos próprios portadores e, consequentemente, não detectada pelos clínicos — particularmente aqueles que respondem pelo atendimento inicial —, tornando-se uma doença crônica e prolongada.

Há falsos conceitos e verdadeiros mitos em relação à depressão do idoso. Fala-se que ela é sintomaticamente diferente, que é mais comum que em outras fases da vida, que tem cronicidade maior, que é mais difícil de ser tratada e que suas causas maiores são psicológicas. Na verdade, tudo isso é incorreto e se deve ao desconhecimento do próprio processo de envelhecimento, que determina que uma mesma doença assuma características diferentes nessa fase da vida. Assim, enquanto os adultos têm classicamente como sintomas tristeza e anedonia, insônia ou hipersonia, sentimentos de culpa, desinteresse, perda ou ganho de peso, indecisão e pensamentos de morte, os idosos têm os sintomas geralmente mascarados como astenia, dores físicas, distúrbios do sono, do apetite e da cognição, pânico desproporcional e ansiedade. É mais comum nestes a pouca satisfação com a vida, a desconfiança, a marcha com passos curtos, o ficar mais tempo numa mesma posição, a demora maior do tempo para passar e a diminuição da libido. Em geral, a ciência percebe na depressão quase somente os sintomas emocionais, e não leva em conta os sintomas físicos, especialmente nos idosos, entre eles: a perda de energia, a dificuldade de concentração, a inapetência, o retardo psicomotor e a insônia.

Estudos recentes têm apontado um importante item que precisa ser salientado na depressão do idoso: a presença da dor física. Simon e col.[25] relatam que de 1146 idosos que preenchiam os critérios para o diagnóstico de depressão, 69% apresentavam dor como único sintoma. Kirmayer e col.[16] reportaram que em 685 pacientes observados, 75% deles referiam sintomas dolorosos. O Inquérito Canadense de Saúde Pública que estudou 118.533 idosos, revelou que a lombalgia crônica foi um importante preditor de depressão para idosos[10]. Também parece haver uma correlação direta entre o número de sintomas físicos e o diagnóstico de depressão: entre idosos com até dois sintomas, cerca de 2% podem sofrer com depressão; quando há oito ou nove sintomas, 60% podem ter o diagnóstico. É relevante considerar que os sintomas físicos respondem menos ao tratamento que os sintomas emocionais[11].

Diagnóstico

A depressão do idoso, embora bastante comentada, nem sempre é conhecida e reconhecida por muitos profissionais de saúde pouco familiarizados com o envelhecimento. Existem muitas opiniões errôneas a seu respeito. Assim fala-se que ela, na verdade, seria uma fraqueza emocional do paciente ou fruto de infância e adolescência tumultuadas, sem os cuidados adequados dos pais, que seria culpa do próprio paciente em função da falta de "força de vontade" ou algo que, se manifesto, é incurável. Para alguns, a depressão seria conseqüência de comportamento pecaminoso e, ainda, para outros, seria uma doença do cérebro. Existem também, paralelamente a esses falsos conceitos, outros tantos preconceitos que em nada beneficiam a abordagem do paciente portador de depressão, especialmente se ele é idoso. Quantas vezes ouve-se frases como as que se seguem: "No lugar dele, eu também estaria deprimido...", "Essa depressão é compreensível: não precisa de tratamento...", "Isso é só estresse...", "Faz parte do envelhecimento...", "Se eu puder não tomar remédios, melhor. Eles causam dependência...". Além desses preconceitos expressados pelos leigos, há o demonstrado por profissionais que atendem ao idoso deprimido: "Isso é normal, faz parte dos seus problemas. Não é nada...", "Conversaremos melhor no retorno, se você achar necessário..."

O diagnóstico de depressão é eminentemente clínico, daí ser muito importante a visão abrangente do profissional dimensionando os critérios aqui expressos, definidos pelo DSM IV (1994). Lembrando sempre que, no idoso, a depressão deve ser pensada principalmente no caso daqueles poliqueixosos, tornando-se mais preciso o diagnóstico quando o idoso é atendido por um mesmo profissional ao longo de um período de tempo. Existem escalas bastante úteis para a avaliação progressiva de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos quando submetido a um tratamento, seja farmacológico ou não. Elas se prestam a dimensionar o quadro clínico e acompanhar a eficácia do tratamento. Entre elas tem-se a Escala de Depressão Geriátrica (Yessavage e col., 1983), a Esca-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

la de Cornell para depressão em demência[1], a Escala de Hamilton para Depressão[12] e a Escala de Depressão de Montgomery-Asberg[18]. Deve-se considerar também, principalmente em idosos com depressão de recente começo, a possibilidade de alterações morfológicas cerebrais, sendo útil então também a abordagem com neuroimagem (pela ressonância nuclear magnética cerebral ou a cintilografia cerebral)[27].

Quando o diagnóstico não é realizado e, consequentemente, não há tratamento adequado, pode-se constatar que há aumento da utilização dos serviços de saúde por parte do idoso queixoso, maior sobrecarga familiar, complicações clínicas mais freqüentes, piora da qualidade de vida dele e de seus acompanhantes, maior possibilidade de gastos em exames, hospitalização por tempo prolongado e morte precoce.

Tratamento

O tratamento da depressão do idoso deve ser adequado ao seu quadro clínico e obrigatoriamente realizado por todas as razões expostas anteriormente, mesmo que os casos possam parecer brandos. Mesmo estes, aparentemente menos complexos, podem piorar a qualidade de vida e aumentar a mortalidade dos idosos[28].

Os pacientes com sintomas residuais recaem três vezes mais rapidamente que aqueles assintomáticos quando entraram em remissão. Comparando-se estes dois grupos, 76% daqueles com sintomas residuais recaíram, enquanto apenas 24% do segundo grupo tiveram a mesma sorte.

Deve-se ter em mente que o tratamento da depressão, de maneira geral e também a dos idosos, inclui obrigatoriamente duas abordagens igualmente importantes e complementares: a abordagem farmacológica (com o uso de fármacos adequados) e a não farmacológica (incluindo diferentes técnicas de abordagem do paciente, da família e do meio em que o idoso vive).

Apesar de existir há mais de 40 anos, a teoria das monoaminas ainda é uma importante explicação química da depressão, mesmo com suas limitações e fragilidades. Ela foi proposta em 1965, baseada na transmissão monoaminérgica deficiente, especialmente em relação à nor-adrenalina e à serotonina. Apesar dessa teoria não ser totalmente sustentável, ainda é eficaz para justificar o tratamento[20, 5]. Os medicamentos atualmente disponíveis visam a repor ou mesmo aumentar esses neurotransmissores deficientes nas sinapses cerebrais. Os dois neurotransmissores citados parecem ser igualmente importantes. A nor-adrenalina se relaciona, principalmente, com a motivação, a energia, o interesse e a concentração; enquanto a serotonina está associada com a impulsividade, a função sexual e o apetite dos pacientes. O humor, o sono, a ansiedade e a capacidade dos indivíduos de lidar com as situações de sobrecarga parecem relacionar-se com os dois neurotransmissores conjuntamente.

Na psicofarmacologia incluem-se assim os medicamentos denominados antidepressivos, que interferem nos mediadores químicos anteriormente citados, e outros grupos farmacológicos diferentes, que podem complementar as ações dos antidepressivos por meio da atuação sobre outras substâncias químicas que também possam estar alteradas na depressão. São úteis ainda os neurolépticos, os benzodiazepínicos e os estabilizadores do humor, entre eles o próprio lítio. Também é útil para os casos menos responsivos, ou considerados refratários, a eletroconvulsoterapia, que, apesar de constituir-se num tratamento antigo e inadequado para os tempos modernos, pode com a utilização conjunta de sedação e assistência ventilatória agir de forma mais rápida, especialmente nos casos de risco de suicídio[30].

Existem algumas regras, ditadas pela farmacologia, que regem a escolha de um antidepressivo mesmo sabendo-se que não há droga ideal. Levando-se em conta essas recomendações, aproxima-se de um tratamento farmacológico mais abrangente e racional. A substância a ser escolhida deve ser realmente efetiva e bem conhecida por quem prescreve, deve ter seletividade farmacológica, causar efeitos colaterais tolerados pelo idoso, ter um mínimo possível de interação farmacológica com o sistema citocromo ou com outras drogas, ser segura mesmo nas doses máximas preconizadas, poder ser administrada preferencialmente em dose única diária, ter a ação o mais breve possível e, finalmente, não ter um custo real proibitivo. Não é fácil preencher esses quesitos; no entanto, sempre é necessário, pelo menos, tentar tê-los em mente.

As drogas antidepressivas são classicamente divididas em drogas tricíclicas (ATCs), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e atípicos.

Os tricíclicos (que são farmacologicamente os heterocíclicos) surgiram inicialmente na década de 1950 e, desde então, têm papel fundamental no tratamento da depressão. Apesar de drogas mais modernas terem surgido nos últimos 20 anos, eles ainda são dro-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gas efetivas e potentes, não menos atuantes que as mais modernas, e são mais baratas. Entre elas, destacam-se a imipramina, a cloimipramina, a amitriptilina, a maprotilina e a mianserina (as duas últimas pertencentes aos tetracíclicos). Em relação aos efeitos colaterais desse grupo, devem ser citados os efeitos cardiovasculares (aumento da freqüência cardíaca, hipotensão ortostática, arritmias cardíacas, retardo da condução do impulso cardíaco), os efeitos anticolinérgicos (boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, exacerbação de glaucoma pré-existente). Além desses, podem ainda ocorrer efeitos anti-histamínicos (sonolência) e aumento do peso. Para a utilização desse grupo, especialmente em idosos, deve-se levar em conta todo perfil clínico do paciente, que muitas vezes é portador de comorbidades, limitando seu uso.

Ainda entre os antidepressivos clássicos, tem-se os IMAOs, representados pela tranilcipromina e pela moclobemida. Seu perfil de efeitos indesejáveis precisa ser levado em consideração nos idosos — são atualmente os menos utilizados, embora sejam efetivos. Entre os efeitos cardiovasculares estão a hipotensão ortostática e a crise hipertensiva ("reação do queijo"); seus efeitos anticolinérgicos são os mesmos do grupo anterior; e, em relação aos efeitos no sistema nervoso central, há possíveis quadros de agitação, tremores, insônia e até convulsões.

Os antidepressivos conhecidos como atípicos surgiram nos últimos 20 anos a partir da fluoxetina, substância utilizada até hoje, universalmente conhecida pelo seu nome comercial: Prozac. Esta medicação inaugurou um grupo mais seguro de drogas, com outros tipos de efeitos colaterais e menos problemática no caso de utilização prolongada e no uso por idosos. Embora sejam bem mais caras que os antidepressivos tradicionais, estas drogas obtém maior aderência por parte dos pacientes, melhorando em muito o prognóstico de idosos deprimidos, especialmente aqueles portadores de cardiopatias ou com distúrbios cognitivos, aqueles com hipertrofia prostática. Neste grupo, os primeiros antidepressivos desenvolvidos são conhecidos por ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina). O mais modernos, chamados de 3ª geração, além de inibir a recaptação de serotonina podem, conjuntamente ou não, inibir a recaptação da nor-adrenalina e da dopamina (INSR). Entre os primeiros tem-se a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, o citalopram, a fluvoxamina e o escitalopram. Entre os chamados de 3ª geração tem-se a venlanfaxina, a mirtazapina, a nefazodona, a reboxetina, a bupropiona, o minalciprano e a duloxetina (a substância mais recentemente lançada). O perfil de segurança deste grupo denominado de atípicos é maior que o dos anteriores, propiciando maior aderência inicial, com menos cardiotoxicidade, menos efeitos anticolinérgicos (não influenciando negativamente a cognição) e menos efeitos sedativos. Há maior segurança em relação às doses preconizadas, bem como redução efetiva das idéias de suicídio. Os efeitos colaterais são mais restritos e envolvem perda de peso (especialmente no início de sua utilização), disfunção sexual, possibilidades de sangramento, hiponatremia e acatisia. Essas manifestações desaparecem com a interrupção do tratamento[3]. Certas particularidades referentes a algumas dessas drogas devem ser salientadas. Quando um idoso deprimido apresentar conjuntamente quadros de insônia e de inapetência, a mirtazapina pode se tornar uma excelente opção, porque tem efeitos sedativos moderados e atua também sobre o apetite. Nas depressões com predomínio da apatia, ou quando já há previamente disfunção sexual, a bupropriona pode ser indicada com boas possibilidades de melhor desempenho. Quando o idoso depressivo é também portador de idéias psicóticas, muitas vezes a reboxetina pode por si mesma levar ao melhor controle do comportamento sem precisar ser associada a um neuroléptico.

O tratamento farmacológico constitui-se em um dos braços do tratamento da depressão do idoso, devendo ser complementado por um tratamento não farmacológico que se estenda não só ao paciente, mas também à família e ao ambiente onde o idoso está inserido. Ele é geralmente realizado através de uma abordagem psicoterapêutica, havendo eficácia elevada especialmente quando centrada nos problemas presentes[28]. Essa abordagem pode ser efetivada por meio de técnicas diferentes, dependendo do idoso e do próprio tratamento. Acima de tudo, deve ser estimulada e explicada pelo profissional médico que a indicou. Além disso, outros profissionais podem ser incorporados ao atendimento de acordo com a situação enfrentada. Pode ser extremamente útil um acompanhamento através da terapia ocupacional visando-se à reabilitação nos atos da vida diária e da vida prática e à fisioterapia na reabilitação motora, tantas vezes muito prejudicada no idoso deprimido. Não se pode perder de vista o olhar da interdisciplinaridade, com um planejamento conjunto das ações visando sempre à recuperação do paciente[23].

Combinando-se essas abordagens, tem-se a remissão aguda dos sintomas entre seis e 12 semanas,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

com estabilização do quadro em quatro a nove meses. Visando à recuperação total desses idosos, o tratamento (especialmente o farmacológico) deve ser mantido pelo menos até completar dois anos de seu início. No entanto, dependedo das características do paciente, especialmente aqueles que tiveram quadros recidivantes ou vivem situações desfavoráveis, o tratamento farmacológico deve-se manter por tempo indeterminado[14]. O não farmacológico também pode ter o mesmo curso e recomendação.

Cerca de 20% dos pacientes após permanecerem bem por pelo menos 18 meses podem apresentar novamente os sintomas depressivos, mesmo na vigência do tratamento. Outros 20% não respondem a nenhum tipo de tratamento disponível, ou seja, farmacológico, não farmacológico e mesmo a eletroconvulsoterapia. Para estes, é necessária intensa vigilância, por conta do maior risco de suicídio, e a combinação de tratamentos, inclusive a utilização do carbonato de lítio, que pode ser a melhor alternativa. Esses pacientes geralmente têm maior número de comorbidades, incluindo abuso de outras substâncias como álcool, analgésicos e tranqüilizantes, tendo também um alto grau de prejuízo social, laborativo e familiar, fazendo uso dos serviços de saúde com freqüência e ineficácia muito maiores.

Por outro lado, é certo que após um episódio depressivo, pelo menos 50% dos pacientes podem recuperar-se em seis meses de tratamento. Também, até 90% dos pacientes com depressão podem responder a uma única intervenção terapêutica ou à combinação criteriosa de vários tratamentos. Deve-se ter sempre em mente que a resposta antidepressiva no idoso dificilmente se inicia antes dos primeiros dez dias de tratamento, mesmo utilizando-se fármacos de última geração. Também que qualquer fármaco pode ser trocado por outro, seja ou não do mesmo grupo farmacológico, mas não antes de dois meses de uso. Daí a orientação aos pacientes e a suas famílias ser primordial. Não há dúvidas sobre a diminuição das taxas de recaída pelo uso racional dessas drogas. O prognóstico vai depender também das comorbidades, sendo importante distinguir outros distúrbios psiquiátricos e físicos[6].

Entre os obstáculos que podem prejudicar a recuperação plena do idoso submetido a tratamento, deve-se considerar a escolha inadequada da droga, a dose e o tempo curto de utilização, a descontinuação prematura, o tratamento psicossocial não enfatizado, a focalização primordial dos sintomas emocionais e a própria falta de esperança no tratamento.

A depressão é a mais comum das doenças mentais do idoso, de modo que, por todas as particularidades aqui revisadas, deve ser reconhecida mais prontamente e não ser um diagnóstico de exclusão, pois o atraso no tratamento é muito desfavorável para o idoso. É importante que o paciente seja conduzido adequadamente, abordado e tratado em sua plenitude para garantir boa resposta terapêutica, menor possibilidade de recaída e, consequentemente, mais qualidade de vida para ele e a família. Não se deve esquecer nunca, tratando-se daquele que envelhece, de considerar sempre as comorbidades, que podem influir intensamente na efetividade do tratamento proposto. Embora o diagnóstico de depressão muitas vezes possa parecer à família uma situação muito grave e com prognóstico sombrio, há sempre o que fazer, desde que se trate o indivíduo como um todo e por meio de abordagem interdisciplinar.

Referências Bibliográficas

1. Alexopoulos GS, Abram RC, Young RC, Shamoian CA. Carnell Scale for depression in dementia. Biological Psychiatry; 1988; 23: 271.
2. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: APS; 1994.
3. Anderson IM et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta analysis of efficacy and tolerability. J Afffect Dissord; 2000; 58: 19.
4. Arve S, Tilvis RS, Lehtonen A, Valvanne J, Sairanen S. Coexistence of lowered mood and cognitive impairment of elderly people in five birth cohorts. Aging; 1999; 11: 90.
5. Axelrod J. Cathecolamine neurotransmitters drugs and biological clocks: the 1891 Harvey Cushing oration. J Neurosurg; 1981; 55: 669.
6. Baldwin RC. Poor prognosis of depression in elderly people: causes and actions. Annals of Medicine; 2000; 32: 252.
7. Blazer D. Clinical features of depression in old age: a case of minor depression. Current Opinion in Psychiatry; 1991; 4: 956.
8. Brodaty H, Hichkie I, Mason C, Prenter L. A prospective follow-up study of ECT outcome in older depressed patients. Journal of Affective Disorder; 2000; 60: 101.
9. Bush BA. Major life events as risk factors post-stroke depression. Brain Injury; 2000; 13: 131.
10. Currie SR, Wang J. (2004) Pain 107(1- 2); 2004; 107; 54.
11. Greco T et al. J Gen Intern Med; 2004; 19(8): 813.
12. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr; 1960; 23: 56.
13. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria. V. 1. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 332.
14. Kennedy SH, Sam RW, Nutt DJ, Thase ME. Treating depression effectively. Applying Clinical Guidelines. Londres: Martin Dunitz; 2004.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

15. Kessler RC et al. JAMA; 2003; (23): 309.
16. Kirmayer LJ et al. Am J Pssychiatry; 1993; 150(5): 734.
17. Lépine SP et al. Int Clin Psychopharmacol; 1997; 22: 19.
18. Montgomery SA, Asberg M. A new scale designed to be sensitive to change. Brit J Psychiatr; 1979; 134: 382.
19. O'Donovan C. Can J Psychiatr; 2004; 49(3S1): 55- 95.
20. Owens MJ. Molecular and cellular mechanisms of antidepressant drugs. Depress Anxiety; 1996; 4: 153.
21. Palsson S, Johansson B, Berg S, Skoog I. A population study on the influence of depression on neuropsychological functioning in 85-year-olds. Acta Psychiatrica Scandinavica; 2000; 101: 185.
22. Pearson JL, Conwell. In late life: challenges and opportunities for research. Int Psychogeriatric; 1995; 7:131.
23. Reynolds CF III, Miller MD, Pasternak RE et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. Am J Psychiatr; 1999; 156: 205.
24. Ritchie K, Touchon J, Ledesert B. Progressive disability in senile dementia is accelerated in the presence of depression. Intern J Geriatric Psychiatry; 1988; 13: 459.
25. Simon GE et al. N Engl Med J; 1997; 341(18): 1329.
26. Simpson SW, Jackson A, Baldwin RC, Burns A. Subcortical hyperintensities in late-life depression: acute response to treatment and neuropsychological impairment. Intern Psychogeriatr; 1997; 9: 257.
27. Steffens DC, Byrum CE, McQuoid DR et al. Hippocampal volume in geriatric depression. Biological Psychiatry; 2000; 48: 301.
28. Stoppe AJ. Depressão em idosos. Guia para diagnóstico e conduta. Ribeirão Preto: Lemos Editorial; 2004.
29. Stoppe AJ, Louzã Neto MR. Depressão na 3ª idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica. Ribeirão Preto: Lemos Editorial; 1994.
30. Tew JD Jr, Mulsant BH, Haskett RF et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. American Journal of Psychiatry; 1999; 156: 1865-70.
31. Tylee A et al. Int Clin Psychopharmacol 1999; 14(3): 139-151.
32. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Research Criteria. Genebra; 1983.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

25 Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos

Maurício de Miranda Ventura
Cassio Machado de Campos Bottino

Introdução

É comum, durante o processo de envelhecimento, o surgimento de queixas relacionadas a distúrbios de memória. Essas queixas de esquecimento podem ser causadas por múltiplas doenças, de estresse, ansiedade e depressão até as chamadas demências. A importância de um diagnóstico correto em cada caso é fundamental para se oferecer ao paciente orientação adequada, tanto em termos terapêuticos quanto prognósticos. É óbvio que o tratamento da depressão será feito de maneira diferente daquele do estresse e que o prognóstico de demência provavelmente será diferente do de qualquer das afecções citadas.

Em um idoso com queixa de esquecimento, é fundamental a boa história clínica para estabelecer se o quadro é ou não de demência. A importância disso se baseia nos fatos a seguir.

- Quanto mais idosa for uma população, maior será a prevalência dessa doença; em outras palavras, quanto mais idade tiver um paciente com queixa de esquecimento, maior será a probabilidade de ele ter um quadro demencial, principalmente quando a suspeita for de doença de Alzheimer, o que acarretará grande custo em cuidados para a família e para a sociedade.
- Quando se avalia um paciente com provável demência, é importante estabelecer o diagnóstico etiológico, principalmente quanto à reversibilidade ou não do quadro, pois, na primeira situação, quanto mais precocemente o tratamento adequado for iniciado, maior será a probabilidade de o paciente recuperar-se plenamente; por outro lado, no caso de demência de etiologia irreversível, uma abordagem terapêutica correta, tanto farmacológica quanto de reabilitação, pode determinar a evolução mais lenta da doença, mantendo o paciente o mais independente possível por um período de tempo mais longo. Atualmente, existe a possibilidade do uso de drogas anticolinesterásicas para o tratamento das demências degenerativas, particularmente da doença de Alzheimer, que também podem ser utilizadas na etiologia de corpúsculos de Lewy, nas mistas — particularmente quando há uma associação das etiologias vascular e degenerativa —, e já começam a aparecer estudos que indicam seu uso na demência da doença de Parkinson. Entretanto, o uso dessas drogas é indicado quando a demência está em fase leve ou moderada. Em fases avançadas, pode-se tentar o uso de uma droga chamada memantina.
- Realizado o diagnóstico de demência de causa irreversível, seguramente haverá uma total transformação na dinâmica da família do paciente, que irá se alterar em diferentes aspectos. Surgirá a necessidade de alguém cuidar do doente, seja uma pessoa contratada para tal ou um pa-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rente que abandonará seus afazeres diários para se dedicar a ele, talvez em tempo integral, se o quadro for grave. A isto associa-se o fato de que os custos relacionados ao tratamento adequado do paciente são grandes, de gastos com exames realizados para o diagnóstico correto, até medicações e outros cuidados que poderão se fazer necessários para um bom acompanhamento. O resultado final é o desgaste físico e psicológico do cuidador do paciente demenciado, principalmente quando se trata de um familiar do doente.

É de fundamental importância, frente a um idoso com queixa de esquecimento, que se faça uma abordagem que permita, na medida do possível, um diagnóstico precoce e preciso, pois só assim a intervenção médica poderá levar algum benefício ao idoso e sua família.

Diante disso, colocamos as seguintes perguntas: Como fazer o diagnóstico de síndrome demencial? Como avaliar objetivamente uma queixa de alteração cognitiva? Como fazer seu diagnóstico etiológico? Como quantificar o grau de dependência e, conseqüentemente, a gravidade do caso e seu diagnóstico? Sumariamente, responderemos a estas perguntas da maneira que se segue.

Como Fazer o Diagnóstico de Síndrome Demencial?

O diagnóstico de uma síndrome demencial é baseado, fundamentalmente, na história clínica do paciente. Não há exames que mostrem se um paciente é ou não demenciado. Para tanto, é importante que haja uma entrevista adequada, com informações precisas obtidas, de preferência, de um familiar próximo. É importante ressaltar que existem critérios bem definidos para o diagnóstico de demência. Os mais conhecidos são os do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana, e os do Código Internacional de Doenças — Décima Revisão (CID 10), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Especificamente para a doença de Alzheimer, existe o critério das associações americanas, do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Comunicativas e Acidente Vascular Cerebral (NINCDS) e da Associação da Doença de Alzheimer e Doenças Relacionadas (ADRDA). Faremos alguns comentários sobre cada um deles mais adiante.

Como Avaliar Objetivamente uma Queixa de Alteração Cognitiva?

É respondendo corretamente a essa pergunta que se conseguirá fazer o diagnóstico de demência. Esquecer alguns detalhes e/ou informações faz parte do dia-a-dia de todos nós. Até que ponto, portanto, deve-se valorizar essa queixa e, principalmente, prosseguir numa extensa avaliação clínica e realizar exames complementares caros? É para isto que existem os testes de avaliação mental, motivo principal deste capítulo. Com eles é possível avaliar objetivamente e quantificar os déficits cognitivos que os pacientes eventualmente apresentam. Deve-se, no entanto, ter em mente sempre que se interpreta qualquer teste de avaliação mental que eles são limitados, ou seja, a maioria deles não consegue avaliar de maneira geral todas as funções cognitivas do paciente. Além disso, nunca devemos esquecer a realidade e o contexto em que o paciente vive e, principalmente, viveu por toda sua vida. Se nos esquecermos desses detalhes importantes, poderemos cometer erros muito graves que poderão causar grandes transtornos aos pacientes e seus familiares.

Como Fazer o Diagnóstico Etiológico de uma Demência?

O diagnóstico etiológico de demência é feito por meio de exames complementares de rotina: hemograma, glicemia, bioquímica do soro; testes de função renal, tiroideana e hepática, pesquisa de quadro infeccioso crônico (por exemplo, tuberculose, neurolues, Aids etc.); déficits de vitamina B_{12} e folatos; radiografia de tórax, eletrocardiograma, tomografia computadorizada de crânio e, quando necessário, eletroencefalograma e punção liquórica. É importante lembrar que o diagnóstico da doença de Alzheimer (a mais freqüente causa de demência entre idosos) é de exclusão, ou seja, quando todos esses exames estiverem normais, faz-se o diagnóstico provável de doença de Alzheimer, uma vez que para se ter certeza seria necessária uma biópsia cerebral, procedimento extremamente invasivo e de benefício duvidoso para ser realizado num paciente vivo.

Como Quantificar o Grau de Demência do Paciente e, Conseqüentemente, a Gravidade do Caso e Seu Prognóstico?

Do mesmo modo que existem testes de avaliação mental que analisam objetivamente os déficits cogni-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tivos, existem entrevistas realizadas com os familiares dos pacientes que possibilitam estabelecer o grau de dependência deles. Essas entrevistas também têm seus critérios de avaliação baseados no DSM-IV e no CID 10, que serão citados posteriormente.

Faremos a seguir uma análise dos critérios diagnósticos de demência, dos fatores gerais que interferem na interpretação dos testes relacionados ao paciente e ao examinador e, principalmente, uma análise dos testes mais utilizados na prática clínica, tanto de avaliação dos déficits cognitivos quanto do grau de dependência dos pacientes.

Critérios Diagnósticos de Demência

O DSM-IV (Tabela 25.1) e CID 10 (Tabela 25.2), elaborados, respectivamente, pela Associação Psiquiátrica Americana e pela Organização Mundial da Saúde, são manuais que sugerem critérios diagnósticos para diferentes distúrbios psiquiátricos, entre os quais a demência, como forma de padronizar os diagnósticos nos mais diferentes centros médicos de todo o mundo. Especificamente para o diagnóstico da doença de Alzheimer, existem os critérios do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Comunicativas e Acidente Vascular Cerebral (NINCDS) e da Associação da Doença de Alzheimer e Doenças Relacionadas (ADRDA — Tabela 25.4), que serão comentados por serem bastante conhecidos e utilizados na literatura científica internacional. Obviamente, esses critérios não são perfeitos e muitas vezes falham ao serem empregados em determinados casos. Acreditamos, no entanto, que na maioria das ocasiões eles cumprem seu objetivo: uma melhor padronização dos diagnósticos psiquiátricos após sua publicação (que vem sendo revisada periodicamente).

No caso específico dos critérios diagnósticos de demência, o CID 10 e o DSM IV não diferem substancialmente. Tanto um quanto o outro definem de-

Tabela 25.1 Critérios Diagnósticos para Demência Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-IV)

Critério A	Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos que se manifestam conforme a seguir 1. Prejuízo da memória (impossibilidade de aprendizado e de relembrar informações previamente aprendidas) 2. Pelo menos um dos seguintes distúrbios cognitivos: a. afasia (distúrbio da linguagem) b. apraxia (dificuldade de realizar atividades motoras, a despeito de não haver *déficits* motores decorrentes de quaisquer outras lesões neurológicas) c. agnosia (falência em reconhecer e nomear objetos, apesar de a função sensorial estar intacta) d. prejuízo nas funções cognitivas (planejamento, organização, seqüenciamento e abstração)
Critério B	A presença de A1 e A2 interferem significativamente nas atividades da vida diária
Critério C	O distúrbio não ocorre exclusivamente durante um período de delírio

Tabela 25.2 Critérios Diagnósticos para Demência Segundo o Código Internacional de Doenças – Décima Edição (CID 10)

Critério A	Evidência de demência com um nível específico de severidade, baseada na presença de cada um dos fatores a seguir 1. Prejuízo da memória 2. Declínio das habilidades intelectuais A1 e A2 causam ao exercício das atividades da vida diária prejuízo objetivamente mensurável: demências leve, moderada ou grave
Critério B	Ausência de alteração no nível de consciência
Critério C	Deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação
Critério D	A1 e A2 presentes por pelo menos seis meses

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mência como uma síndrome mental que altera o funcionamento de diferentes funções corticais superiores. Em outras palavras, são múltiplas doenças de diferentes etiologias, que, atuando sobre o sistema nervoso central, provocam alterações no funcionamento da memória (de fixação e evocação), do pensamento abstrato, do julgamento, da linguagem, do cálculo, da orientação e da compreensão, entre outras. Concomitantemente, podem ocorrer mudanças na personalidade e no comportamento. É de fundamental importância para o diagnóstico de demência que as alterações aqui descritas prejudiquem o paciente até incapacitá-lo do exercício de suas atividades diárias e/ou do relacionamento com outras pessoas.

Clinicamente, um quadro demencial pode ter início com qualquer uma das alterações anteriormente descritas. Pode aparecer de modo insidioso com piora progressiva ou de modo abrupto. Isso vai depender de sua etiologia, que pode ser causada por muitas doenças (Tabela 25.3).

De modo característico, a demência tem início com distúrbios de memória de fixação (a capacidade de reter informações novas) e de evocação (a capacidade de se lembrar de fatos ocorridos recentemente, no intervalo de um ou dois dias, e de fatos antigos, no intervalo de um ano). Num quadro demencial inicial, o paciente comumente tem maior dificuldade de se lembrar de fatos recentes. A lembrança de fatos antigos está preservada e só se compromete em estágios mais avançados da doença. Em estágio precoce, o esquecimento pode acontecer com relação a nomes, números de telefone, endereços e fatos ocorridos no dia. Em estágio intermediário, há dificuldade de aprender conhecimentos novos e de realizar atividades habituais. Em fase terminal, os pacientes podem não reconhecer os próprios familiares e não lembrar seus nomes.

Como foi referido anteriormente, os distúrbios de memória não são as únicas alterações dentre as diferentes funções corticais superiores. Pelo contrário, se não houver outras alterações que não somente os distúrbios de memória, não será possível fazer o diagnóstico de demência. É importante, por exemplo, que se constate um prejuízo do pensamento abstrato, que se caracteriza como incapacidade do paciente de definir conceitos e interpretar situações; prejuízo da crítica, dificuldade em encontrar semelhanças e diferenças entre palavras e conceitos; ou prejuízo do juízo, que é a inabilidade para atribuir valores e lidar com situações do dia-a-dia (em relação à família ou ao trabalho). Além disso, pode-se encontrar afasia (distúrbio da linguagem), apraxia (dificuldade de realizar atividades motoras, apesar da compreensão e da função motora estarem intactas), agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar da função sensorial estar intacta); e dificuldade construcional (por exemplo, incapacidade para copiar figuras tridimensionais). Finalmente, podemos encontrar acentuação ou alteração dos traços pré-mórbidos de personalidade.

Um item importantíssimo, como já referimos, é o fato de que as alterações aqui descritas interfiram signi-

Tabela 25.3 Etiologia das Demências

Doenças degenerativas • Demência de Alzheimer • Demência pelos Corpúsculos de Lewy • Doença de Pick • Coréia de Huntington • Doença de Parkinson • Demência fronto-temporal • Paralisia supranuclear progressiva
Doenças vasculares • Demências multiinfartos • Doenças de Biswanger • Arterite de células gigantes
Hidrocefalia de pressão normal
Trauma craniencefálico • Hematoma subdural crônico
Tumores e neoplasias • Tumor cerebral • Demências paraneoplásicas
Infecções • Doença de Jakob-Creutzfreldt • Neurolues • Leucoencefalopatia multifocal progressiva • Síndrome da imunodeficiência adquirida
Causas tóxicas e metabólicas • Medicamentos • Doenças pulmonares crônicas • Cardiopatias • Insuficiência renal crônica • Insuficiência hepática • Hiper e hiponatremia • Hiper e hipotireoidismo • Hiper e hipoglicemia • Anemia e policitemia • Deficiência vitamínica

Fonte: Levy JA, Mendonça LI. Envelhecimento cerebral. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ficativamente no seu desempenho profissional ou no convívio e na relação com os outros.

É também de fundamental importância que esses distúrbios sejam avaliados num momento em que o paciente esteja vigil, ou seja, não pode haver qualquer alteração em seu nível de consciência, já que em um quadro de *delirium* (confusão mental aguda provocada por descompensação metabólica ou distúrbios infecciosos, que cursam com alteração do nível de consciência) podem ocorrer várias alterações, já descritas.

Tabela 25.4 Critérios de McKhann e Col.[26] para Doença de Alzheimer

I. Critérios de diagnóstico para doença de Alzheimer provável	• Demência estabelecida por exame clínico e documentada pela aplicação do Miniexame do Estado Mental, da Escala de Demência de Blessed ou de testes similares e confirmada por avaliação neuropsicológica • Déficits em duas ou mais áreas da cognição • Perda progressiva da memória e outras funções cognitivas • Ausência de alteração no nível de consciência. Início entre os 40 e os 90 anos, mais freqüentemente após os 65 • Ausência de doenças sistêmicas ou cerebrais que podem, por elas próprias, levar a um déficit progressivo de memória e outras funções cognitivas
II. Fatores que dão suporte ao diagnóstico de doença de Alzheimer provável	• Deterioração progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem (afasia), habilidade motora (apraxia) e percepção (agnosia) • Prejuízo no desempenho das atividades da vida diária e alterações no padrão de comportamento • Histórico familiar de doenças similares, particularmente quando há comprovação anatomopatológica • Resultados normais ou pouco alterados em exame de líquor, eletroencefalograma (pode apresentar atividade aumentada de ondas lentificadas), tomografia computadorizada de crânio (pode apresentar atrofia cortical)
III. Características clínicas consistentes com o diagnóstico de doença de Alzheimer provável após exclusão de outras causas de demência	• Presença de um *plateau* no curso de progressão da doença • Sintomas associados de depressão, insônia, incontinência, ilusões, alucinações, distúrbios sexuais, alterações de peso, alterações drásticas nos comportamentos verbal, emocional e físico • Outras alterações neurológicas, principalmente em pacientes com doença avançada, que incluem: aumento do tônus motor, mioclonias, alterações de marcha, convulsões • Tomografia computadorizada de crânio normal para a idade
IV. Características que tornam o diagnóstico de doença de Alzheimer provável, incerto ou improvável	• Início súbito ou apoplético • Achados neurológicos focais: hemiparesias, hipoestesias, alterações do campo visual, incoordenação de aparecimento precoce no curso da doença • Convulsões ou distúrbios de marcha que surgem no início do curso da doença
V. Diagnóstico clínico de doença de Alzheimer possível	• Deve ser usado na presença de alterações clínicas de uma síndrome demencial, na ausência de outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas que potencialmente sejam causas das alterações observadas, mas na presença de variações no seu início, apresentação ou curso clínico • Na presença de uma segunda doença sistêmica ou cerebral, que potencialmente pode levar a uma síndrome demencial por si mesma, que não é considerada causa da demência • Em estudos de pesquisa quando um único déficit cognitivo, gradualmente progressivo e significativo, é identificado na ausência de outra causa provável
VI. Critério para o diagnóstico de doença de Alzheimer definitiva	• Presença dos critérios clínicos para doença de Alzheimer provável • Comprovação anatomopatológica
VII. A classificação da doença de Alzheimer para propósitos de pesquisa deve especificar características que podem diferenciar subtipos da doença	• Ocorrência familiar • Início prévio à idade de 65 anos • Presença da trissomia do cromossoma 21 • Coexistência de outras condições relevantes, como doença de Parkinson

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Um último item a ser analisado com relação a esses critérios diagnósticos é a etiologia da demência. Há necessidade, durante avaliação clínica e laboratorial do paciente, de se encontrar ou presumir um fator orgânico específico responsável pela causa da doença. Por outro lado, no diagnóstico diferencial, é necessário descartar doenças psiquiátricas, como depressão ou esquizofrenia, que podem ser responsáveis pelos distúrbios cognitivos. Se algum desses fatores for encontrado, deve-se realizar um tratamento específico.

A crítica que deve ser feita em relação aos critérios diagnósticos do DSM-IV e do CID 10 é o fato de que eles caracterizam a demência, primariamente, como déficit de memória. Existem outros tipos de demência em que essas alterações aparecem mais tardiamente, como as demências fronto-temporais, nas quais os distúrbios iniciais são relativos ao comportamento dos pacientes. Pode ocorrer erro no diagnóstico se não for dada atenção a esse fato.

Por fim, os critérios diagnósticos do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Comunicativas e Acidente Vascular Cerebral e da Associação da Doença de Alzheimer e Doenças Relacionadas, elaborados por McKhann e col.[26], permitem a classificação da demência do tipo Alzheimer (DA) em três níveis diferentes:

1. DA definitiva, que requer a presença de DA provável ou possível com confirmação neuropatológica;
2. DA provável, que é o diagnóstico de escolha quando a síndrome demencial tem instalação lenta e progressiva e outros fatores etiológicos foram excluídos;
3. DA possível, que é a alternativa disponível para classificação da doença quando o quadro clínico é atípico ou existe doença física concomitante que pode causar demência.

Os critérios diagnósticos para demência consideram o declínio da memória e de outras funções cognitivas, em comparação com o nível prévio funcional do paciente, determinado pela história clínica e pela observação de deterioração no desempenho em testes de avaliação neuropsicológica. O diagnóstico de demência não pode ser realizado na vigência de um estado de confusão agudo ou de alteração do nível de consciência, e é baseado nas alterações de comportamento. Não pode ser realizado por tomografia computadorizada de crânio, eletroencefalograma ou qualquer outro exame laboratorial, apesar de seu diagnóstico etiológico poder ser realizado por esses métodos.

Os critérios diagnósticos para a doença de Alzheimer a consideram provável quando há um início insidioso e piora progressiva, na ausência de outras doenças sistêmicas ou neurológicas que possam levar a esses déficits. O diagnóstico é definitivo quando há comprovação anatomopatológica. Ele se torna possível a partir do momento que, juntamente com as alterações clínicas da demência, existem outras doenças que potencialmente podem levar a um déficit cognitivo.

Comprometimento Cognitivo Leve: Conceito e Critérios

O comprometimento cognitivo, que não preenche critérios diagnósticos para demência, mas, por outro lado, não parece ser uma alteração que acompanha o envelhecimento "normal", é uma condição clínica, cujo estudo tem despertado muito interesse nos últimos anos. Existem diversos termos que têm sido utilizados por pesquisadores e que correspondem a critérios diagnósticos muitas vezes semelhantes, mas não exatamente superponíveis. A importância do estudo do comprometimento cognitivo em idosos decorre de diversos estudos de seguimento, que têm indicado sujeitos que possuem risco aumentado de desenvolver demência no futuro, o que permitiria estabelecer estratégias de prevenção de demência ou tratamentos mais efetivos para a doença. Vamos, a seguir, apresentar alguns dos principais conceitos de comprometimento cognitivo descritos nos últimos anos.

Kral[22] introduziu, em 1962, o conceito de "esquecimento senil benigno". Naquele trabalho, o autor descreveu uma forma de prejuízo da memória intermitente, observada em indivíduos idosos residentes em casas de repouso. A forma do "esquecimento benigno" diferia, de uma forma "maligna" em termos da qualidade dos sintomas, de sua gravidade (mais leve) e de sua natureza não progressiva. Em contraste, a forma maligna estaria associada à síndrome cerebral orgânica ou síndrome amnéstica, um eufemismo para o diagnóstico de demência senil ou outras síndromes amnésticas orgânicas (como a psicose de Korsakoff). Kral não utilizou testes cognitivos formais para avaliar seus pacientes e não estabeleceu critérios objetivos para diferenciar o "esquecimento senil benigno" da normalidade, comentando que esta condição faria parte da senescência normal.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Durante as últimas décadas, vários autores têm tentado definir características clínicas e neuropatológicas do transtorno cognitivo em indivíduos idosos, criando vários termos diagnósticos, tais como "declínio cognitivo leve", "demência questionável", "distúrbio cognitivo limitado", "demência mínima" e "prejuízo de memória associado à idade". Henderson e Hupert[17], comentando o conceito de "demência leve", salientaram que ele não seria propriamente um diagnóstico, mas uma rubrica para estágios iniciais de diversos distúrbios patológicos diferentes. Esses autores destacaram que a única característica comum encontrada na literatura a respeito de "demência leve" é a presença de um prejuízo cognitivo leve, considerado um declínio de níveis prévios de um funcionamento intelectual mais elevado.

Crook e col.[13] introduziram o termo "prejuízo de memória associado à idade", propondo critérios para tentar operacionalizar esse conceito. Tais critérios, em sua essência, exigem que o indivíduo com idade igual ou superior a 50 anos se queixe de dificuldades de memória, apresente comprometimento em testes mentais objetivos e não tenha outras afecções que possam confundir o diagnóstico, como oligofrenia, depressão, *delirium* ou demência.

O'Brien e Levy[29] recentemente criticaram o conceito desenvolvido por Crook e col.[13] por considerá-lo uma entidade clínica muito ampla, que ainda não foi validada, mas que já tem sido objeto de estudos com drogas. Esses autores argumentaram que uma descrição clínica detalhada dessa entidade hipotética, sua delimitação com a normalidade e com outros diagnósticos já estabelecidos, investigação laboratorial, estudos familiares e longitudinais deveriam ser realizados para possibilitar sua validação.

O termo "transtorno cognitivo leve" foi incluído na última versão do CID 10 (1993) para ser aplicado em pacientes que apresentam "um declínio no desempenho cognitivo", mas que não chegam a preencher os critérios diagnósticos para demência, síndrome amnéstica orgânica ou *delirium* (quadro de confusão agudo). O CID 10 recomenda ainda que esse transtorno seja diferenciado da síndrome pós-encefalítica e da síndrome pós-concussional.

Na última versão do Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais americano (DSM-IV — APA, 1994), foram propostos dois termos: o "declínio cognitivo relacionado à idade" e o "transtorno neurocognitivo leve". Entretanto, talvez por falta de maior operacionalização, esses dois conceitos não têm sido muito utilizados em pesquisas ou na prática clínica.

Para todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento e na reabilitação de idosos, a relevância da investigação dessas queixas de déficit cognitivo torna-se evidente, porque são extremamente comuns nessa faixa etária. Os estudos com idosos na comunidade confirmam essa impressão. Livingston e col.[25] destacaram que cerca de 23% dos idosos normais em sua amostra queixaram-se de problemas subjetivos de memória. Bolla e col.[7] relataram que essa queixa foi encontrada em 80% dos indivíduos examinados.

Coloca-se, em seguida, outra questão: qual seria o significado dessas queixas? Vários autores procuraram correlacionar a queixa subjetiva de memória com alteração do desempenho dos idosos em testes psicológicos objetivos. Na maioria dos trabalhos publicados, os resultados obtidos apontaram para uma correlação aparentemente muito fraca entre essas variáveis[7,33,39]. Uma explicação possível para esses achados seria a presença de depressão nos indivíduos examinados. Entretanto, Christensen[12] encontrou em seu estudo correlação entre a queixa de memória e o desempenho em testes psicológicos objetivos, sugerindo que a queixa de memória, em alguns casos, poderia ter uma base legítima. Estudos longitudinais, em que os autores acompanharam a evolução dos idosos que apresentavam déficit cognitivo mostraram, também, resultados divergentes. Rubin e col.[38] relataram que 11 entre 16 pacientes com esquecimento leve tornaram-se demenciados em cinco anos de acompanhamento. O'Brien e col.[28] destacaram que seis entre 69 pacientes (8,8%) com queixa de memória demenciaram em três anos de acompanhamento. Outros autores que acompanharam a evolução dos indivíduos com queixas de esquecimento concluíram que essa síndrome não seria progressiva[23,35].

Observamos um resultado interessante em uma amostra de idosos brasileiros investigados no Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo[10]. No grupo de pacientes com comprometimento cognitivo leve, havia alta prevalência de diagnósticos médicos, especialmente hipertensão arterial, e alterações na tomografia de crânio. Esses resultados podem refletir apenas as características da população estudada, constituída por pacientes de um ambulatório de geriatria, mas também sugerem um possível significado etiológico para as aparentes alterações vasculares encontradas nos pacientes examinados.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os critérios mais utilizados atualmente para selecionar os indivíduos com comprometimento cognitivo foram propostos por Petersen e col.[32], como podemos observar na Tabela 25.5.

Tabela 25.5 Critérios Diagnósticos para Comprometimento Cognitivo Leve Amnéstico[32]

• Queixa com relação à memória
• Déficit de memória na comparação com idosos normais
• Ausência de dificuldades nas atividades básicas e instrumentais da vida diária
• Funcionamento intelectual geral normal
• Ausência de conexão com a doença, mas alto risco de desenvolver demência

A ênfase inicial dada apenas à memória alterada, no conceito defendido por Petersen e col.[32], foi modificada e, em um consenso internacional recente[44], a recomendação apresentada a seguir foi proposta, reconhecendo-se que além do comprometimento cognitivo associado apenas a déficit de memória outras funções cognitivas poderiam também estar afetadas, o que permitiria classificar os indivíduos em quatro categorias: comprometimento cognitivo amnéstico (apenas memória); comprometimento cognitivo amnéstico, múltiplos domínios (memória e mais alguma função alterada); comprometimento cognitivo não amnéstico, múltiplos domínios (outras funções alteradas, menos a memória); e comprometimento cognitivo não amnéstico único (uma outra função alterada, que não a memória).

Apesar dos resultados ainda inconclusos a respeito da natureza e do significado do comprometimento cognitivo em idosos, parece-nos clara a importância de investigar cuidadosamente todos os pacientes que apresentem essas características. Permanece, entretanto, o desafio de estudar mais profundamente essa condição, estabelecendo critérios diagnósticos precisos que nos permitam identificar corretamente e orientar ou, até mesmo, tratar idosos com risco de desenvolver um quadro demencial no futuro.

Testes de Avaliação Mental

Existem diversos testes de avaliação mental que variam em relação à abordagem do paciente. Muitos consistem em simples perguntas para testar a memória e a capacidade de cálculo. Outros testam também orientação temporoespacial, cálculo, linguagem e habilidade construcional do paciente. Existem ainda testes mais complexos, que demandam conhecimentos muito específicos do examinador para sua aplicação.

Nossa preocupação é discutir os testes mais utilizados na prática clínica, que possam, em tese, ser aplicados por qualquer profissional da área de saúde com um mínimo de treinamento. É fundamental uma padronização na aplicação do teste, para que não ocorram diferenças na sua interpretação e para que profissionais de diferentes centros falem a mesma linguagem. Se isso não acontecer, o que for demência para uns, para outros poderá ser um transtorno cognitivo leve, e não será interessante que isso ocorra.

Um fator importante que deve ser analisado tem relação com os níveis cultural, social, econômico e a idade do paciente a quem será aplicado o teste. Quanto maior seu grau de instrução, seu nível social e poder aquisitivo, e quanto menor sua idade, melhor será seu desempenho, mesmo sendo um paciente demenciado. Isso assume particular importância se o teste for superficial e não avaliar outras funções cognitivas que não somente a memória. Em outras palavras, um paciente analfabeto, proveniente de uma classe social e econômica mais baixa e de uma faixa etária mais avançada, deverá ter baixo desempenho, mesmo não apresentando quadro demencial. Isso demonstra a forte influência que esses fatores têm sobre o desempenho dos pacientes nos testes, e que esse detalhe sempre deverá ser considerado ao se analisar resultados.

Questionário de Avaliação Mental

O questionário de avaliação mental (Tabela 25.6) faz uma avaliação bastante resumida do estado cognitivo do paciente. Ele consiste em dez perguntas que analisam basicamente sua orientação temporoespacial e sua memória para fatos tardios. No trabalho de validação desse teste, foi realizada, paralelamente à sua aplicação, uma avaliação psiquiátrica para checar sua confiabilidade. Segundo os autores, foi encontrada uma relação bastante significativa entre essa avaliação e os resultados da aplicação, a saber: 94% dos pacientes que não apresentaram erros foram relacionados como não sendo portadores de qualquer síndrome mental orgânica. Por outro lado, entre os pacientes que apresentaram dez erros, em 95% dos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

casos foi diagnosticada essa síndrome em grau moderado ou grave e somente 5% eram normais ou apresentavam o problema em grau leve. Não foi estabelecida qualquer relação com o grau de instrução dos pacientes examinados.

Tabela 25.6 Questionário de Avaliação Mental

1. Qual é o nome deste lugar?	Certo ( )	Errado ( )
2. Onde está localizado (endereço)?	Certo ( )	Errado ( )
3. Que dia é hoje (dia do mês)?	Certo ( )	Errado ( )
4. Em que mês estamos?	Certo ( )	Errado ( )
5. Em que ano estamos?	Certo ( )	Errado ( )
6. Qual é a sua idade?	Certo ( )	Errado ( )
7. Qual é o dia de seu nascimento?	Certo ( )	Errado ( )
8. Qual é o ano de seu nascimento?	Certo ( )	Errado ( )
9. Quem é o presidente do Brasil?	Certo ( )	Errado ( )
10. Quem era o presidente antes dele?	Certo ( )	Errado ( )
Total de Respostas	**Certas:**	**Erradas:**

Fonte: Modificado de Kahn RL e col. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Am J Psychiatry 1960; 176:326.

A crítica em relação a este teste é que ele avalia somente uma ou duas funções corticais superiores. Conforme já foi referido, para um diagnóstico correto de uma síndrome demencial, há necessidade de se investigar uma série delas. Portanto, através da aplicação desse teste, não é possível estabelecer o diagnóstico de demência. Pode-se constatar que o paciente está muito bem ou muito mal em relação ao seu desempenho cognitivo. Pacientes em estágios leves a moderados da síndrome demencial não são bem avaliados pelo teste.

Outro fator que deve ser analisado é o de que, dependendo dos níveis cultural e socioeconômico e da idade do paciente, mesmo que ele apresente quadro demencial, poderá responder facilmente às perguntas se seu caso for de demência leve. Como vimos, não foi feita uma relação entre o desempenho do paciente e seu grau de instrução, nível socioeconômico ou idade nesse trabalho de validação. Um paciente com bom nível intelectual prévio, provavelmente, acabará criando meios para superar suas dificuldades.

A grande vantagem desse teste é ser rápido; leva-se somente alguns minutos para aplicá-lo. Também não há necessidade de treinamento específico para que qualquer profissional possa utilizá-lo, dada a sua simplicidade.

Os autores o recomendam como uma forma de triagem dos casos a serem submetidos a uma avaliação mais profunda. Fundamentalmente, ele deve responder à seguinte pergunta: "O paciente sofre ou não de uma síndrome mental orgânica?" Não se deve tentar estabelecer qualquer diagnóstico baseado simplesmente no desempenho do paciente durante o teste.

Miniexame do Estado Mental

O miniexame do estado mental (Meem) talvez seja o mais utilizado em conseqüência de sua fácil aplicação, que requer pouco treinamento do examinador, e do fato de ele avaliar outras funções cognitivas, e não somente a memória do paciente (Tabela 25.7).

Apesar de este ser um teste relativamente simples, para que seu resultado seja confiável há necessidade de o paciente ter pelo menos oito anos de escolaridade, uma vez que isso vai interferir substancialmente no seu desempenho.

O teste consiste em questões subdivididas em seis itens: orientação temporal e espacial, registro (memória imediata), cálculo, memória recente e linguagem (onde são avaliadas agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional). Falta a ele avaliar o pensamento abstrato, juízo, alterações da personalidade e se há interferência no desempenho profissional e no convívio social do paciente.

Para cada acerto do paciente é somado um ponto ao total. No máximo, ele pode perfazer 30 pontos. Em um paciente com pelo menos oito anos de escolaridade, um desempenho de até 23 pontos sugere quadro demencial.

No trabalho de validação[15], o teste foi aplicado a um grupo de pacientes com diversas doenças psiquiátricas que, concomitantemente, foram submetidos a uma avaliação clínica para seu esclarecimento e diagnóstico. A seguir foi feita uma comparação entre o resultado da aplicação do Meem e da avaliação clínica. O escore médio para cada uma dessas doenças foi o seguinte: demência 9,7; depressão com prejuízo cognitivo 19, depressão sem prejuízo cognitivo 25,1. O escore médio para indivíduos normais foi de 27,6. A pontuação do Meem concordou com a ava-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 25.7 Miniexame do Estado Mental

ORIENTAÇÃO TEMPORAL • Qual é o (ano) (mês) (dia) (dia da semana) (estação de ano)?	_____/ 5
ORIENTAÇÃO ESPACIAL • Onde estamos (estado) (país) (cidade) (que tipo de lugar) (andar)?	_____/ 5
REGISTRO • Repetir: gelo, leão, planta.	_____/ 3
ATENÇÃO E CÁLCULO • 100 – 7 = 93 – 7 = 86 – 7 = 79 – 7 = 72 – 7 = 65 Alternativamente, soletrar a palavra "mundo" de trás para frente.	_____/ 5
MEMÓRIA RECENTE Quais as três palavras acima?	_____/ 3
LINGUAGEM Mostrar um relógio de pulso e uma caneta e solicitar ao paciente que diga seus nomes.	_____/ 2
Repetir: paralelepípedo.	_____/ 1
Realizar o seguinte comando: "Pegue esta folha de papel com sua mão direita, dobre-a ao meio com as duas mãos, coloque-a no chão."	_____/ 3
Leia e obedeça: "Feche os olhos."	_____/ 1
Escreva uma sentença (ela deve conter sujeito e verbo, não há necessidade de corrigir erros gramaticais).	_____/ 2
Copie o desenho (consiste em dois pentagramas que se interseccionam; estará correto se existirem 10 ângulos, dos quais dois devem estar interseccionados).	_____/ 1
Total de Pontos	**_____/ 30**

Fonte: Folstein FF e col. Mini-mental state. J Psychiatr. Res. 1975; 12:189.

liação clínica de prejuízo cognitivo e, como habitualmente ele é mais grave num quadro demencial do que numa depressão, a grande diferença entre os escores médios nessas afecções se justifica.

Uma outra comparação foi realizada aplicando-se o teste em pacientes deprimidos que foram divididos segundo sua faixa etária em grupo com menos e outro com mais de 60 anos, para que se observasse a hipótese de a idade provocar alguma influência no seu desempenho. O resultado mostrou que no grupo mais jovem o escore médio foi de 24,5 e no mais idoso o escore médio foi de 25,7, o que não é estatisticamente significante.

Também foi realizada uma comparação aplicando-se o Meem a um grupo de pacientes durante as diferentes fases da evolução de sua doença, no curso do tratamento. A expectativa era de que os pacientes demenciados não tivessem melhora significativa durante a evolução da doença, enquanto em doentes deprimidos essa melhora deveria ocorrer. Os resultados observados confirmaram tal expectativa, ou seja, os pacientes demenciados não obtiveram qualquer melhora, enquanto os deprimidos sem prejuízo cognitivo tiveram melhora discreta no seu desempenho e os doentes deprimidos com prejuízo cognitivo tiveram melhora bastante significativa.

Antes de recomendar seu uso indiscriminado, é preciso ressaltar que o referido teste não deve ser considerado um método de diagnóstico preciso. Ele é um instrumento útil de avaliação mental se associado a um exame clínico adequado, uma vez que o prejuízo cognitivo pode ser causado por muitas doenças. O próprio trabalho de validação mostra escores médios muito próximos obtidos por pacientes com diversos problemas psiquiátricos (depressão, esquizofrenia, abuso de drogas etc.). Um diagnóstico preciso pode ser obtido em um exame clínico adequado, uma boa avaliação do estado mental, dados laboratoriais e exames de neuroimagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A grande vantagem do Meem é avaliar objetivamente uma queixa, muitas vezes subjetiva, de distúrbio cognitivo. Além disso, pode ser utilizado como uma forma de se avaliar a eficácia do tratamento de qualquer doença, psiquiátrica ou não, que curse com alteração da cognição do paciente.

Apesar de ser um teste mais completo que o questionário de avaliação mental, ele ainda é falho, visto que doentes com diagnóstico clínico de demência e com um bom nível de escolaridade podem ter um desempenho bastante adequado, sendo considerados normais.

Entrevistas Estruturadas

As entrevistas estruturadas são instrumentos de avaliação que permitem uma investigação mais completa e global do paciente, requerendo, inclusive, a participação de um familiar ou de um informante próximo. As entrevistas são compostas por diferentes seções ou itens, incluindo testes que avaliam detalhadamente várias funções cognitivas, e avaliações com familiares e cuidadores, possibilitando um diagnóstico de maior precisão, principalmente naqueles casos mais leves. Por serem mais complexas que os testes citados anteriormente, requerem um tempo maior de aplicação, variando de 40 a 90 minutos.

Entrevista Estruturada para o Diagnóstico de Demência do Tipo Alzheimer, de Múltiplos Infartos e de Outras Etiologias (Enedam)

O Enedam é uma entrevista estruturada que tenta estabelecer o diagnóstico etiológico de um quadro demencial, obedecendo aos critérios do DSM-III-R e do CID 10. Consiste em diversas partes relacionadas a esses critérios. Cada parte concluída da entrevista corresponde a um dos critérios do DSM-III-R e do CID 10, que vão preenchidos até que se complete todo quadro. Caso o paciente não preencha algum dos critérios, o diagnóstico de demência não pode ser estabelecido.

A parte inicial da entrevista é uma pequena anamnese do paciente, na qual se investiga quais são as queixas dele e há quanto tempo ele as tem. Além disso, pergunta-se sobre seus problemas orgânicos, uso e/ou abuso de drogas e álcool, antecedentes psiquiátricos, com ênfase especial na depressão, e antecedentes de quadros demenciais em família.

A partir daí, passa-se aos testes cognitivos. A primeira parte refere-se aos critérios A do DSM-III-R e A1 do CID 10, relacionados ao prejuízo da memória. São feitas 29 perguntas com as quais são avaliadas a orientação temporal e espacial; a memória imediata; o cálculo e a atenção; a habilidade construcional e a memória tardia. Conforme o desempenho do paciente, pode-se ou não preencher os critérios A e A1, o que determina se o teste deve continuar.

Avalia-se, em seguida, o pensamento abstrato e o julgamento do paciente. Nessa etapa, as perguntas referem-se ao critério A2 do CID 10 e ao critério B do DSM-III-R. Em relação ao pensamento abstrato, solicita-se ao paciente que diga a diferença entre objetos semelhantes e o significado de um provérbio. Em relação ao julgamento, conta-se uma história ao paciente, pergunta-se se ela faz sentido ou não; solicita-se também que interprete uma figura.

Na última parte dos testes são avaliadas outras funções corticais superiores: agnosia, afasia e apraxia. Pede-se ao paciente que desenhe duas figuras tridimensionais; nomeie objetos e obedeça a comandos. Esse item corresponde ao critério B do DSM-III-R.

Nesse momento terminam os testes e tem início uma parte da entrevista na qual é fundamental a presença de um familiar do paciente, devido à necessidade de precisão nas respostas. Inicialmente, pergunta-se sobre alterações de personalidade na conduta social do paciente ou se ele aparenta estar mais apático e menos participativo. Esse item corresponde ao critério B do DSM-III-R e ao critério C do CID 10.

O item seguinte refere-se ao critério C do DSM-III-R e ao critério A1/A2 do CID 10, que dizem respeito ao prejuízo, objetivamente avaliado, nas atividades da vida diária do paciente. São feitas diversas perguntas sobre problemas específicos do dia-a-dia para avaliar eventuais déficits.

Depois, faz-se uma avaliação do nível de consciência do paciente. Isso corresponde ao critério B do CID 10 e ao critério D do DSM-III-R. Vale lembrar que o diagnóstico de demência só pode ser realizado com o paciente vigil, ou melhor, não pode haver qualquer alteração de seu nível de consciência.

A parte seguinte do Enedam refere-se à etiologia do quadro demencial. O primeiro item diz respeito à presença de algum fator orgânico específico que pode ser relacionado como sua causa. Não encontrando nenhum fator orgânico específico, passa-se ao item

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

seguinte, que consiste na aplicação do escore isquêmico de Hachinski[16] e no escore isquêmico de Rosen para pesquisa de demência por múltiplos infartos cerebrais (Tabela 25.8). Além disso, excluem-se doenças psiquiátricas que poderiam evoluir para um quadro demencial: depressão, esquizofrenia, mania, oligofrenia etc. Nada sendo encontrado, e preenchendo-se o critério C do CID 10 (pelo menos seis meses de evolução da doença), resta o diagnóstico de doença de Alzheimer provável.

A última parte da entrevista aborda a gravidade do quadro demencial, podendo classificá-lo em leve, moderado ou grave (Tabela 25.9).

O Enedam é uma forma de avaliação cognitiva um pouco mais complexa do que as abordadas até aqui. Ele requer um tempo maior de aplicação (30 a 40 minutos) e necessita de um treino mais cuidadoso de seu aplicador. No entanto, sua grande vantagem é que, por ser mais detalhado, auxilia no diagnóstico de um quadro demencial, mesmo que o paciente apresente

Tabela 25.8 Escore Isquêmico de Hachinski e Rosen*

1. Início súbito (início de quadro com alteração evidente, por exemplo: confusão, desorientação ou dificuldade para falar, possivelmente ocorrendo após acidente vascular cerebral e não após qualquer outra doença orgânica)	Sim ( )	Não ( )	— 2 pontos*
2. Deterioração em "escada" (pelo menos um evento causando déficit cognitivo com remissão incompleta)	Sim ( )	Não ( )	—1 ponto*
3. Curso flutuante	Sim ( )	Não ( )	— 2 pontos
4. Confusão noturna	Sim ( )	Não ( )	— 1 ponto
5. Preservação relativa da personalidade	Sim ( )	Não ( )	— 1 ponto
6. Depressão (estável ao longo do tempo)	Sim ( )	Não ( )	— 1 ponto
7. Queixas somáticas (queixas repetidas de sintomas físicos que persistem apesar do tratamento clínico, sem explicação)	Sim ( )	Não ( )	— 1 ponto*
8. Incontinência emocional (riso e/ou choro inapropriado)	Sim ( )	Não ( )	— 1 ponto*
9. História ou presença de hipertensão arterial (conhecida — prévia à hospitalização — com as medidas sendo realizadas pelo menos duas vezes em ambiente familiar ao paciente)	Sim ( )	Não ( )	— 2 pontos
10. História de acidente vascular cerebral (exame clínico ou neurológico justificando um diagnóstico de AVC ou indicando AVC prévio)	Sim ( )	Não ( )	— 2 pontos*
11. Evidência de aterosclerose associada	Sim ( )	Não ( )	— 1 ponto*
12. Sintomas neurológicos focais (sintomas geralmente associadas à doença focal do SNIC, por exemplo: afasia, hemiplegia ou tremor)	Sim ( )	Não ( )	— 2 pontos*
13. Sinais neurológicos focais (déficits focais em exame neurológico, por exemplo: Babinski positivo, anomalias do campo visual)	Sim ( )	Não ( )	— 2 pontos*
Total de pontos			
Escore total de Hachinski 0 a 4 — Demência do tipo Alzheimer 7 a 18 — Demência por múltiplos infartos			
Escore total de Rosen 0 a 2 — Demência do tipo Alzheimer 4 a 12 — Demência por múltiplos infartos			

Fonte: Escore de isquemia de Hachinski e col.[16] Escore de isquemia de Rosen e col.[36]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 25.9 Critérios de Gravidade de Demência, Segundo Zaudig M. e col.[41,42]

Gravidade	Prejuízo da Memória
Leve	Capacidade para viver independente mantida, dificuldade para aprender coisas novas, esquecimento de recados, de informações adquiridas recentemente, do local onde se guarda pertences, de nomes comuns
Moderado	Somente dados conhecidos são retidos, novas informações são guardadas apenas eventual e muito brevemente; o paciente não sabe onde mora, o que fez recentemente, não lembra de figuras públicas, apresenta sérias dificuldades em viver independentemente e perda intermitente do controle esfincteriano
Grave	Há perdas de memória graves, com a manutenção de fragmentos de informações previamente aprendidas; o paciente não reconhece familiares, não retém novas informações, necessita de supervisão constante; há declínio da higiene pessoal e perda do controle esfincteriano
Gravidade	**Prejuízo Cognitivo**
Leve	Embora o trabalho e as atividades sociais estejam significativamente prejudicadas, a capacidade para a vida independente permanece; tarefas de rotina ou atividades de lazer mais complexas não podem mais ser realizadas; a higiene pessoal é adequada e o julgamento está relativamente intacto
Moderado	A vida independente é problemática e algum grau de supervisão é necessário; o paciente necessita de ajuda para resolver problemas cotidianos, como fazer compras e lidar com dinheiro
Grave	Requer supervisão contínua para as atividades diárias; o paciente é incapaz de manter condições mínimas de higiene, permanece boa parte do tempo incoerente ou em mutismo

um bom desempenho no Meem. Assim, não é raro fazermos o diagnóstico de demência em pessoas que têm escore de 23 pontos.

Na prática clínica, consideramos o Enedam um instrumento bastante útil para o diagnóstico de demência, principalmente numa fase inicial. No entanto, acreditamos que, em relação à avaliação do pensamento abstrato e do julgamento, há necessidade de uma exploração mais extensa, pois seu número de perguntas é reduzido e outras questões poderiam ser acrescentadas, permitindo uma avaliação mais precisa dessas funções corticais superiores.

No Ambulatório de Demência do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, inicialmente aplica-se o Enedam com dois objetivos: realizar um estudo de confiabilidade da sua versão em português e fazer um estudo comparativo dos resultados obtidos por dois grupos de pacientes (um com transtorno cognitivo leve e outro com demência do tipo Alzheimer).

No estudo de confiabilidade[9] foram examinados 20 pacientes idosos. Todos eram pacientes do ambulatório e estavam com queixas de alterações cognitivas. O escore médio do Meem dessa amostra foi de 16,8, variando de 8 a 28, com um desvio padrão de 6,07. Todos os pacientes foram inicialmente examinados por um psiquiatra e um geriatra, que os avaliaram clinicamente, segundo os critérios do DSM-III-R e do CID 10 e por meio de exames subsidiários já citados. Foram excluídas outras desordens psiquiátricas e quadros de *delirium*. A seguir, a entrevista foi aplicada pelo geriatra e pelo psiquiatra, independentemente, e as respostas obtidas pelos mesmos foram comparadas. Nos resultados observamos um grande grau de concordância entre as respostas, inclusive nos testes cognitivos contidos no Enedam, a saber: Meem, Sisco (seção cognitiva do Enedam) e Meem expandido. Portanto, o estudo de confiabilidade da versão em português do Enedam sugere que ele seja um instrumento eficaz para investigação de pacientes com déficits cognitivos de etiologia a esclarecer.

O segundo estudo[10] teve por objetivo comparar o desempenho de dois grupos de pacientes, aos quais foram aplicados o Enedam: um grupo portador de transtorno cognitivo leve e outro com demência do tipo Alzheimer. O objetivo era determinar qual ponto de corte obtido por um idoso brasileiro serviria como um divisor entre transtorno cognitivo leve e demência do tipo Alzheimer, quando aplicado o Meem e o Sisco. Uma amostra de 30 pacientes foi selecionada do Ambulatório de Demência do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público do Estado de São

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Paulo: 16 portadores de demência do tipo Alzheimer e 14 com transtorno cognitivo leve, segundo os critérios do DSM-III-R e do CID 10. Os pacientes foram examinados por um geriatra e um psiquiatra, sendo submetidos a um protocolo de investigação de quadros demenciais. Obtidos os diagnósticos nessa avaliação, os pacientes foram submetidos ao Enedam, que, como mencionado, contém o Meem (cuja pontuação varia entre 0 e 30) e o Sisco (que varia entre 0 e 55), além do escore isquêmico de Hachinski (entre 0 e 18). Comparando sexo, estado civil, nível de instrução, classe social, condições de moradia, queixas de memória e resultados da tomografia computadorizada de crânio, não foi notada qualquer diferença significativa entre os dois grupos. Por outro lado, quando analisados os escores obtidos na avaliação cognitiva por meio do Meem e do Sisco e na análise do grau de dependência do paciente, foi identificada diferença significativa, como era de se esperar.

Vale ressaltar, no entanto, que foram encontrados pacientes demenciados com escores altos no Meem e no Sisco e pacientes com transtorno cognitivo leve com desempenho ruim, além de ter sido notada uma pequena correlação entre o grau de dependência desses pacientes e seu desempenho nos testes. Podemos explicar esses achados em função de algumas características especiais do grupo, conforme descrito a seguir.

- Apesar de não haver diferença significativa entre os níveis de instrução nos dois grupos, havia uma grande variação de idade (entre 1 e 15 anos), que explica o porquê de um paciente demenciado, com bom nível de escolaridade, apresentar altos escores no Meem e no Sisco, enquanto aquele com transtorno cognitivo leve e baixo grau de instrução tem péssimo desempenho.
- Cinqüenta por cento dos pacientes da amostra apresentavam menos de quatro anos de escolaridade.
- Os pacientes com diagnóstico de demência do tipo Alzheimer eram, em sua maioria, casos leves (oito) e moderados (seis) da doença; somente dois eram graves.
- O grau de comprometimento observado nos pacientes teve boa correlação com os critérios do DSM-III-R e do CID 10, apesar de alguns pacientes com baixos escores no Meem e no Sisco terem recebido diagnóstico de transtorno cognitivo leve, principalmente aqueles com baixa escolaridade e nível econômico.

Em relação ao objetivo de se estabelecer uma pontuação mínima que permitisse separar pacientes demenciados daqueles com transtorno cognitivo leve, nossos resultados mostraram que os escores do Meem deveriam se situar entre 22 e 23 pontos, e os do Sisco, entre 34 e 35 pontos, no que concordamos com os dados obtidos por Zaudig[41]. No entanto, devemos estar sempre atentos para não cometer o erro de aceitar esses limites como verdade absoluta, uma vez que já discutimos exaustivamente a influência do grau de instrução de um paciente, do nível social e da gravidade da sua disfunção cognitiva no seu desempenho em testes de avaliação mental.

Concluindo, conforme os resultados obtidos, continua-se querendo crer que o Enedam pode realmente ser um instrumento útil para diferenciar um transtorno cognitivo leve de uma demência do tipo Alzheimer.

Cambridge Mental Disorders Of The Elderly Examination (Camdex)

O Camdex é um instrumento de avaliação diagnóstica que foi desenvolvido por Roth e col.[37], como uma entrevista estruturada, com o propósito de diagnosticar e quantificar a demência em pacientes idosos.

As vantagens do Camdex, segundo Roth e col.[37], sobre os outros instrumentos de avaliação diagnóstica estruturados ou semi-estruturados estariam na sua capacidade de avaliar os estados mental e físico prévios do paciente, além de fornecer dados sobre o início e a progressão dos déficits cognitivos. Os autores destacaram também a importância de se obter informações, com um familiar ou informante próximo, sobre traços de personalidade pré-mórbidos e alterações de comportamento do paciente, para não utilizar dados apenas do exame de seu estado mental do momento.

Esse instrumento é composto de várias seções que a seguir serão sucintamente descritas.

- Seção A: uma entrevista clínica estruturada com o paciente sobre seu estado no momento (mental e físico), seus antecedentes pessoais e familiares.
- Seção B: teste cognitivo com 67 itens (Camcog), incluindo o Meem[15], que avalia orientação, lin-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

guagem, memória, praxia, atenção, pensamento abstrato, percepção e cálculo.

- Seção C: observações do examinador sobre o estado do paciente.
- Seção D: exame físico e neurológico.
- Seção E: resultados de exames laboratoriais e radiológicos.
- Seção F: registro de medicações em uso.
- Seção G: informações adicionais relevantes sobre o paciente, obtidas no curso da entrevista.
- Seção H: entrevista estruturada com familiar ou informante que conheça o paciente, incluindo questões da escala de demência de Blessed[6], para quantificação da gravidade de demência.

Ao final da entrevista, que demora cerca de 90 minutos, o avaliador chega ao diagnóstico psiquiátrico de acordo com critérios diagnósticos operacionais, selecionando uma entre 11 categorias relacionadas: normal, demência (quatro categorias), *delirium* (duas categorias), depressão, ansiedade ou transtorno fóbico, parafrenia ou paranóia e outros transtornos psiquiátricos. Os pacientes são, ainda, classificados segundo a gravidade de demência e depressão, de acordo com uma escala de cinco pontos.

Os critérios operacionais originalmente utilizados no Camdex foram os do DSM[2], mas as informações fornecidas pela entrevista permitem classificar os pacientes segundo os critérios do NINCDS-ADRDA Work Group[26], do CID 10 (OMS, 1993) e do DSM-III-R (APA, 1987).

O Camdex já foi utilizado em diversos estudos de avaliação de pacientes idosos publicados no exterior[5,19,30], sendo considerado um instrumento válido e confiável para a investigação diagnóstica e o acompanhamento de pacientes demenciados. No Brasil, o Camdex foi traduzido e adaptado para o português[8] e tem sido utilizado em diversos centros de pesquisa e serviços universitários. Em estudo preliminar sobre a validade dos diagnósticos feitos com o Camdex e a confiabilidade do teste neuropsicológico Camcog, dois psiquiatras experientes avaliaram 40 sujeitos (24 mulheres e 16 homens) com mais de 55 anos de idade (média de 71,46; desvio padrão de 5,84), utilizando os critérios diagnósticos da CID 10 e do NINCDS-ADRDA. Segundo o diagnóstico sindrômico inicial, 16 dos indivíduos eram portadores de demência, 18, de depressão, e seis eram controles. A confiabilidade do diagnóstico sindrômico do Camdex, utilizando o teste de kappa (κ), foi $\kappa=0,94$ ($p<0,001$), enquanto que confiabilidade do diagnóstico Etiológico do CAMDEX, foi $\kappa=0,83$ ($p<0,001$). A confiabilidade da aplicação do Camcog (e de seus subitens), por cada uma das duplas 'A' e 'B', avaliada através do Coeficiente de Correlação Intra-Classe (ICC), mostrou-se elevada, variando de 0,79 a 0,98 na dupla 'A', e de 0,67 a 1, na dupla 'B' ($p<0,001$). Portanto, os resultados obtidos sugeriram que a versão em português do Camdex é um instrumento válido e confiável para auxiliar no diagnóstico diferencial de demência e depressão em sujeitos idosos[9].

Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease (Cerad)

O Consórcio para estabelecer um registro da doença de Alzheimer foi criado para padronizar métodos de avaliação simples e precisos de indivíduos com essa doença. Os autores[27] tinham como objetivo obter dados de estudos multicêntricos e mesmo da investigação clínica que fossem comparáveis, aumentando o conhecimento sobre a principal causa da doença de Alzheimer e sua prevalência. Foram desenvolvidas baterias de testes clínicos e neuropsicológicos para avaliar pacientes com diagnóstico clínico positivo. Essas baterias foram idealizadas para tentar caracterizar as manifestações primárias da doença, diferenciar os doentes daqueles idosos com alterações cognitivas associadas ao envelhecimento normal e medir a progressão de demência ao longo da evolução da doença de Alzheimer.

Os critérios diagnósticos pelo Cerad são os mesmos do NINCDS-ADRA Workgroup[26], ligeiramente modificados.

As baterias de avaliação clínica e neuropsicológica, que demoram de 50 a 70 minutos para serem aplicadas, serão a seguir descritas brevemente.

A bateria de avaliação clínica contém entrevistas semi-estruturadas com o paciente e o informante; exame físico e neurológico; exames laboratoriais; inventário de medicamentos; escala de depressão e uma entrevista médica geral. Estão incluídas nessa bateria duas escalas cognitivas: uma versão modificada da escala de demência de Blessed[6], para avaliar mudanças nas atividades da vida diária do paciente, e seis

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

itens do teste de Blessed reduzido. A quantificação da gravidade de demência é feita segundo a escala clínica de demência[18] e, ao final da bateria, cada indivíduo avaliado é classificado como demenciado, com doença de Alzheimer provável ou possível.

A bateria de avaliação neuropsicológica é aplicada por um examinador independente, após o término da avaliação clínica, procurando-se medir as principais alterações cognitivas da doença de Alzheimer (memória, linguagem, praxia e funcionamento intelectual geral). Os seguintes testes cognitivos são utilizados: a. fluência verbal ("categorias animais"); b. teste de Boston modificado (nomear objetos); c. Meem; d. memória de lista de palavras; e. praxia construcional (cópia de figuras); f. lembrança de listas de palavras; g. reconhecimento de listas de palavras.

As baterias de avaliação do Cerad têm sido usadas em vários centros diagnósticos desde sua criação, sendo consideradas um instrumento confiável e de fácil aplicação para avaliar pacientes com Alzheimer[27,43]. No meio geriátrico, Bertolucci e cols.[4] publicaram o resultado da aplicação da bateria neuropsicológica do Cerad em idosos brasileiros (DA: 43; idosos saudáveis: 85). Os autores concluíram que a adaptação pode ser útil para o diagnóstico de demência inicial, mas que outros estudos devem ser feitos para determinar os pontos de corte para populações de indivíduos analfabetos ou com baixa escolaridade.

Escalas de Avaliação de Demência

As escalas de avaliação de demência são utilizadas por clínicos e pesquisadores para confirmar o diagnóstico obtido, acompanhar o curso da doença e avaliar o resultado do tratamento. Nesta seção, serão destacadas algumas das escalas mais amplamente empregadas, com breves descrições de suas características principais.

Escalas de Avaliação de Blessed (BLS)

As escalas de Blessed[5], que se encontram na Tabela 25.10, são um dos mais antigos e conhecidos instrumentos empregados para avaliação e quantificação de alterações funcionais e emocionais em pacientes demenciados. Os instrumentos compreendem: escala de demência (BLS-D), escala de informação (BLS-I), escala de memória (BLS-M) e escala de concentração (BLS-C). O escore das três últimas escalas é normalmente combinado no teste de informação, memória e concentração de Blessed, atingindo o máximo de 37 pontos. A escala de demência (BLS-D) procura avaliar mudanças no desempenho das atividades diárias, nos hábitos, na personalidade e nos interesses e motivações do paciente examinado. O máximo escore possível é 0, indicando que não há comprometimento emocional ou funcional. O escore mínimo é de 28 pontos, indicando nesse caso um comprometimento grave.

Segundo Blessed e col.[6], as escalas de Blessed, isoladamente ou em conjunto, foram validadas por meio de sua correlação com marcadores neuropatológicos da doença de Alzheimer.

Na Tabela 25.10 apresentamos uma versão em português dessas escalas que têm sido utilizadas em trabalhos de pesquisa no Brasil.

Escala de Deterioração Global (GDS)

A escala de deterioração global para avaliação de demência degenerativa primária é uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg e col.[34] para tentar caracterizar essa síndrome clínica e classificá-la em estágios.

Descreveremos sucintamente, a seguir, os sete estágios da GDS.

- Estágio 1: Normal, sem evidência objetiva ou subjetiva de déficit cognitivo.
- Estágio 2: Declínio cognitivo muito leve, considerado normal para idade.
- Estágio 3: Declínio cognitivo leve, com evidência objetiva de déficit cognitivo (transtorno cognitivo leve).
- Estágio 4: Declínio cognitivo moderado, suficiente para preencher critérios operacionais tendendo à demência.
- Estágio 5: Declínio cognitivo moderadamente grave, no qual os déficits do paciente interferem em seu funcionamento independente.
- Estágio 6: Declínio cognitivo grave, no qual os déficits observados interferem nas atividades básicas da vida diária.
- Estágio 7: Declínio muito grave, no qual os déficits observados interferem em todas as atividades da vida diária.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 25.10 Escala de Blessed

A. Mudanças no Desempenho das Atividades Diárias			
1. Dificuldade de desempenhar tarefas domésticas	0	0,5	1
2. Dificuldade de manusear pequenas quantias de dinheiro	0	0,5	1
3. Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras)	0	0,5	1
4. Dificuldade de localizar-se dentro de casa	0	0,5	1
5. Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas	0	0,5	1
6. Dificuldade de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	0	0,5	1
7. Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos etc.)	0	0,5	1
8. Tendência de falar muito sobre o passado	0	0,5	1
B. Mudanças de Hábitos			
9. Alimentação Alimenta-se: • de forma limpa, com talheres adequados • de forma desleixada, apenas com colher • somente com sólidos simples (sem talheres) • precisa ser alimentado	 0 1 2 3		
10. Vestuário Veste-se: • sem ajuda • ocasionalmente com abotoamento errado etc. • em seqüência incorreta e freqüentemente se esquece de alguns itens • é incapaz de se vestir	 0 1 2 3		
11. Controle Esfincteriano: • total • ocasionalmente molha a cama • molha a cama com freqüência • duplamente incontinente	 0 1 2 3		
C. Mudanças de Personalidade			
12. Sem alterações quanto à personalidade	0		
13. Aumento na rigidez	1		
14. Egocentrismo	1		
15. Falta de consideração com os outros	1		
16. Aumento de aspereza em demonstrações de afeto	1		
17. Falta de controle emocional (por exemplo, aumento de petulância e irritabilidade)	1		
18. Hilaridade em situações impróprias	1		
19. Diminuição de reações emocionais (por exemplo, depressão)	1		
20. Mau comportamento sexual (atitude de jovem na senilidade)	1		
21. Atuação em áreas de interesse inalterada	0		
22. Abandono das atividades de lazer	1		
23. Dimiuição da iniciativa ou aumento da apatia	1		
24. Hiperatividade sem propósito	1		

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 25.10 (Continuação) Escala de Blessed

D. Memória			
Pessoal			
1. Data de nascimento	1		
2. Local do nascimento	1		
3. Escola que freqüentou	1		
4. Ocupação	1		
5. Nome de irmãos ou cônjuge	1		
6. Nome de qualquer cidade em que trabalhou	1		
7. Nome do empregador	1		
Não Pessoal			
8. Data I Guerra Mundial (1914-1918)*	1		
9. Data II Guerra Mundial (1939-1945)*	1		
10. Nome do presidente	1		
11. Nome do governador	1		
Nome e endereço (relembrar após 5 minutos)			
12. João de Souza	2	1	0
13. Rua do Parque, 10	2	1	0
14. Perdizes	2	1	0
Concentração			
15. Dizer os meses do ano de trás para frente	2	1	0
16. Contar de 1 a 20	2	1	0
17. Contar de 20 a 1	2	1	0
* 0,5 ponto por aproximação a cada 3 anos			
TOTAL DE PONTOS	_____		

Obs.: Nos itens A a C, quanto maior a pontuação maior a dificuldade; no item D, quanto maior a pontuação melhor o desempenho.

Segundo Kluger e Ferris[21], essa escala foi validada por meio da correlação de seus escores com avaliações psicométricas, clínicas, do estado mental, de atividades da vida diária e exames de neuroimagem de pacientes com demência degenerativa primária.

Escala Clínica de Demência (CDR)

A escala clínica de demência (Tabela 25.11) foi desenvolvida por Hughes e col.[18] como um instrumento de avaliação global para o estudo prospectivo da demência do tipo Alzheimer leve. Os autores destacaram no estudo de validação deste instrumento a importância de associar medidas psicométricas e comportamentais para a avaliação de várias características do paciente examinado.

A CDR contém cinco graus de comprometimento do desempenho do indivíduo, em cada uma das seguintes categorias: memória, orientação, juízo e solução de problemas, assuntos comunitários, casa e *hobbies*, e cuidado pessoal. Os cinco graus de comprometimento são: saudável (CDR=0), questionável (CDR=0,5), leve (CDR=1), moderado (CDR=2) e grave (CDR=3).

Kluger e Ferris[21] comentam que a CDR foi validada por meio de correlações de seus escores com alterações psicométricas e sinais histológicos da doença de Alzheimer, enquanto Burke e col.[11] destacaram que a escala apresenta conflabilidade de moderada a alta entre avaliadores.

A CDR vem sendo utilizada no Brasil em vários centros de pesquisa (Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), mostrando boa correlação com os outros instrumentos de avaliação cognitiva e comportamental de pacientes demenciados.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 25.11 Escala Clínica de Demência (CDR)

Memória		
	Saudável • Sem perda ou esquecimento inconstante e leve	0
	Questionável • Esquecimento leve e consistente; recordação parcial de eventos	0,5
	Leve • Perda de memória moderada, mais acentuada para eventos recentes; o problema interfere em atividades do dia-a-dia	1
	Moderada • Perda de memória grave; apenas material firmemente aprendido é mantido; material novo é rapidamente perdido	2
	Grave • Perda de memória grave; apenas recordações fragmentadas estão presentes	3
Orientação		
	Completamente orientado	
	Alguma dificuldade com relações temporais; orientado para local e pessoa ao exame mas pode estar geograficamente desorientado	
	Usualmente desorientado em tempo, com freqüência para local	
	Orientação restrita a pessoas	
Juízo e Resolução de Problemas		
	Capacidade de solucionar bem tarefas do dia-a-dia; bom julgamento em relação a desempenho no passado	
	Dificuldade questionável para solucionar problemas, semelhanças, diferenças	
	Dificuldade moderada para lidar com problemas complexos, juízo social preservado	
	Capacidade de lidar com problemas, semelhanças e diferenças gravemente comprometida; juízo social usualmente comprometido	
	Incapacidade de fazer julgamentos ou solucionar problemas	
Assuntos Comunitários		
	Funciona independentemente em seu nível habitual de trabalho, compras, negócios e assuntos financeiros, trabalho voluntário e grupos sociais	
	Comprometimento questionável ou leve, se houver, nessas atividades	
	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, ainda que esteja envolvido em algumas; pode parecer normal em avaliação superficial	
	Sem pretensão de funcionamento independente fora de casa	
Casa + *Hobbies*		
	Vida em casa, *hobbies*, interesses intelectuais bem preservados	
	Vida em casa, *hobbies*, interesses intelectuais bem preservados ou apenas levemente comprometidos	
	Comprometimento de atividades domésticas leve, mas definitivo; tarefas mais difíceis são abandonadas; *hobbies* e interesses mais complexos são abandonados	
	Apenas tarefas mais simples são preservadas; interesses bastante reduzidos, parcamente mantidos	
	Sem atividade significativa em casa fora de seu próprio quarto	
Cuidado Pessoal		
	Totalmente capaz de se autocuidar	
	Precisa de assistência ocasional	
	Precisa de ajuda para se vestir, manter a higiene e para manter a aparência	
	Precisa de muita ajuda com cuidado pessoal; freqüentemente incontinente	

A versão em português da CDR foi gentilmente cedida pelo Prof. Dr. Osvaldo Pereira de Almeida para publicação.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Referências Bibliográfias

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. DSM-IV. American Psychiatry Association. Washington, D.C.; 1994.
2. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3 ed. DSM-III. American Psychiatry Association. Washington, D.C.;1980.
3. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3 ed. revista. DSM-III-R. American Psychiatry Association Washington, D.C.; 1987.
4. Bertolucci PHF, Okamoto IH, Brucki SM, Siviero MO, Toniolo Neto J, Ramos LR. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. Arq Neuropsiquiatr; 2001; 59 (3-A): 532-6.
5. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. Blessed-Roth dementia scale (DS). Psychopharmacol Bull; 1988; 24: 705.
6. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and senile change in cerebral grey matter of elderly subjects. Brit J Psychiatry; 1968; 114: 797.
7. Bolla KI, Lindgren KN, Bonnacorsy C et al. Memory complaints in older adults. Arch Neurol; 1991; 48: 61.
8. Bottino CMC, Almeida OP, Tamai S, Forlenza OV, Scalco MZ, Carvalho IAM. Entrevista estruturada para diagnóstico de transtornos mentais em idosos – CAMDEX – The Cambridge examination for mental disorders of the elderly. Traduzido e adaptado com autorização dos editores. São Paulo: Cambridge University Press; 1999.
9. Bottino CMC, Stoppe Jr A, Scalco AZ, Ferreira RCR, Hototian SR, Scalco MZ. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. Arq Neuropsiquiatr; 2001; 59 (supl 3): 20.
10. Bottino CMC, Ventura MM. Application of a Stuctured Interview (SIDAM) to patients with Alzheimer's Disease and mild Cognitive Impairment in Brazil: Preliminary results. International Workshop on the Borderland Between Normal and Pathological Mental Aging, presenting a poster. Amsterdã/Holanda; 1994.
11. Burke W, Miller JP, Rubin E et al. Reliability of the Washington University Clinical Dementia Rating. Arch. Neurol; 1988; 45: 31.
12. Christensen H. The validity of memory complaints by elderly people. Intern J Geriatr Psychiatry; 1991; 6: 307.
13. Crook T, Bartus RT, Ferris SH et al. Age-associated memory impainment: proposed criteria and measures of clinical change. Developmental Neuropsychol; 1986; 2: 261.
14. Fanner A. Helzer JE. Improving the sensitivity of the Mini-mental State Examination. A test in a large sample of alcoholics. Não publicado.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res; 1975; 12: 189.
16. Hachinski VC, Illiff LD, Zihlka E et al. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol; 1975; 32: 632.
17. Henderson AS, Huppert FA. The problem of mild dementia. Psychological Med; 1984; 14: 5.
18. Hughes CP, Berg L, Danzinger WL et al. A new clinical scale for the stating of dementia. Brit J Psychiatry; 1982; 140: 566.
19. Jagger C, Clarke M, Anderson J et al. Missclasification of dementia by Mini-mental State Examination — are education and social class the only factors ? Age and Ageing; 1992; 21: 404.
20. Kahn RL, Goldfarb AJ, Pollack M et al. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Am J Psychiatry; 1960; 117: 326.
21. Kluger A, Ferris SH. Scales for the assessment of Alzheimer's disease. Psychiatr Clin Noth America; 1991; 14: 309.
22. Kral Va. Senescent forgetfulness, benign and malignant. J Can Med Ass; 1962; 86: 257.
23. Larrabee GJ, Levin HS. Memory self-rating and objective test performance in a normal elderly sample. J Clin Exp Neuropsychol; 1986, 8: 275.
24. Levy JA, Mendonça LI. Envelhecimento cerebral. Demências. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 51.
25. Livingston G, Hawkins A, Graham N et al. The Gospel-Oak study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. Psychological Med; 1990; 20: 237.
26. McKhann G, Drachman D, Folstein M et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS/ADRDA workgroup under auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology; 1984; 34: 939.
27. Morris JC, Heyman A, Mobs RC et al. and the CERAD investigators. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Neurology; 1989; 39: 1159.
28. O'Brien JT, Beats B, Hill K et al. Do subjective memory complaints precede dementia? A three-year folow-up of patients with supposed "benign senescent forgetfulness". Intern J Geriatr Psychiatry; 1992; 7: 481.
29. O'Brien JT, Levy R. Age associated memory impairment. Brit Med; 1992; J 304: 5.
30. O'Connor DW, Pollit PA, Roth M et al. Memory complaints and impairment in normal, depressed and demented elderly persons identified in a community survey. Arch Gen Psychiatry; 1990; 47: 224.
31. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
32. Petersen RC, Smith GE, Waring SC et al. Mild Cognitive Impairment. Clinical characterization and Outcome. Arch Neurol; 1999; 56: 303-308.
33. Rabbit P, Abson V. "Lost and found": some logical and methodological limitations of self-report questionnaires as tools to study cognitive ageing. Brit J Psychol; 1990; 81: 1.
34. Reisberg B. Ferris SH, De Leon MJ et al. The global deterioration scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. Am I Psychiatry; 1982; 139, 1136.
35. Reisberg B, Ferris SH, Franssen E et al. Age-associated memory impairment: the clinical syndrome. Developmental Neuropsychol; 1986; 2: 401.
36. Rosen WG, Terry RD, Fuld PA et al. Pathological verification of ischemic score in differentiation of dementias. Annals Neurol; 1980; 7: 468.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

37. Roth M, Tyrn E, Mountioy C, Huppert F et al. CAMDEX: A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. Brit J Psychiatry; 1986; 149: 698.
38. Rubin EH, Morris JC, Grant EA et al. Very mild senile dementia of Alzheimer type. 1. Clinical assessment Arch Neurol; 1989; 46: 379.
39. Sunderland A, Watts J, Baddeley AD et al. Subjective memory assessment and test performance in elderly adults. J Gerontol; 1986; 41: 376.
40. Ventura M, Bottino CMC. Reliability study of the Brazilian version of a structured interview for the diagnosis of dementia. Rev Assoc Med Bras; 2001; 47(2): 110-6.
41. Zaudig M. A new systematic method of measurement and diagnosis of "mild cognitive impairment" and dementia according to ICD-10 and DSM-III-R. Intern Psychogeriatr; 1992; 4, s2: 203.
42. Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W et al. SIDAM-A structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer's type, multi-infarct dementia and dementias of other aetiology, according to lCD-10 and DSM-Ill-R. Psychol. Med; 1991; 21: 225.
43. Welsh K, Butters N, Hughes J et al. Detection of abnormal memory decline in n-did cases of Alzheimer's disease using CERAD neuropsychological measures. Arch Neurol; 1991; 48: 278.
44. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M et al. Mild cognitive impairment – beyond controversies towards a consensus: report of the International Work Group on Mild Cognitive Impairment. J Inter Med; 2004; 256: 240-246.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

26 Demência I: Epidemiologia, Tipos e Manifestações Clínicas

Matheus Papaléo Netto
Eva Lucila Klein

Introdução

A busca do aumento da longevidade foi, desde os primórdios da civilização, um objetivo almejado pela humanidade. Sem entrar em detalhes sobre as mudanças no perfil demográfico, que foram exaustivamente expostos no Capítulo 4, não restam dúvidas sobre o rápido crescimento da população idosa em todo o mundo e também em nosso país.

Rowe e Kahn[42] colocam-nos perante dois tipos de envelhecimento: de um lado, o envelhecimento usual ou comum e o saudável ou bem-sucedido, que já foram objetos de análise em outro capítulo, e, de outro, o envelhecimento patológico. Ambos devem merecer atenção da sociedade e ações efetivas das autoridades responsáveis pela saúde da população idosa. Assim, os portadores de envelhecimento saudável ou comum devem ser objeto da adoção de medidas preventivas, com a finalidade de evitar o desenvolvimento ou retardar os efeitos deletérios de doenças eventualmente presentes e as pessoas com envelhecimento patológico, da adoção de uma assistência médico-social adequada a cada caso.

Se é verdade que, como já referido, a maioria das pessoas envelhece com autonomia e independência, preservadas do ponto de vista estritamente médico, não é menos verdade que, com o avançar dos anos, aumentam o número de idosos doentes e a freqüência de entidades patológicas que os acometem, acarretando crescimento evidente da taxa de mortalidade nas fases mais avançadas dessa faixa etária. Sob este aspecto é de fundamental importância lembrar a afirmação de Fox e Hollander[13] ao proporem o conceito de envelhecimento normativo, cujos fundamentos básicos encontram-se no Capítulo 3: "...embora 75% da população com 65 anos de idade seja apta e capaz de viver com independência, uma parcela morre a cada ano com o avançar da idade. Aqueles que sobrevivem a idades superiores a 80, 85 anos podem ser considerados biologicamente elite."

Entre todos os processos mórbidos que acometem o idoso, principalmente em fases mais avançadas da existência, a demência, em suas diversas formas, tem particular relevância, não só pela freqüência com que ocorre, mas principalmente, por ser, possivelmente, a mais devastadora das entidades patológicas. Acrescente-se que sua ação deletéria não se faz somente sobre o doente, mas também, embora indiretamente, sobre o cuidador e a família, com repercussões sobre a sociedade.

Os motivos expostos justificam a sua inclusão neste livro, no qual o tema será abordado em dois capítulos, sendo que neste serão tecidas algumas considerações sobre os tipos, epidemiologia, critérios diagnósticos e condutas terapêuticas. No segundo, serão abordados os cuidados a serem prestados ao doente, o apoio ao cuidador e à família, além das repercussões sobre estes e a sociedade. Serão feitas, também neste capítu-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lo, algumas considerações preliminares sobre o envelhecimento psíquico normal, para que não se cometa um de dois vícios de interpretação, que não são raros, particularmente nas fases iniciais da demência:

1. as alterações encontradas serem erroneamente atribuídas ao envelhecimento natural, o que impediria a detecção precoce da síndrome demencial e de sua causa, reversível ou não;
2. os sinais e sintomas decorrentes da senescência serem equivocadamente atribuídos à demência, dando origem à solicitação de exames desnecessários e tratamento não justificado.

Algumas Considerações sobre o Envelhecimento Psíquico normal

O processo de envelhecimento acarreta modificações morfofuncionais em todos os sistemas orgânicos e o sistema nervoso não foge à regra. Assim, a quantidade de neurônios, que é de aproximadamente dez bilhões aos 25-30 anos, sofre redução de 50 mil a 100 mil a cada dia[4]. É possível que esta perda neuronal, associada a outros fatores, possa exercer papel importante no declínio da memória e de outras funções cognitivas. Acrescente-se a isto a participação ainda não totalmente esclarecida dos neurotransmissores neuronais. Essas alterações não parecem ser tão intensas sobre as funções cognitivas do indivíduo idoso normal. De fato, ao contrário de que alguns autores pensam, o envelhecimento por si só não pode ser causa deterioração intelectual e, quando isto ocorre, é necessário buscar a existência de alguma doença associada. Acrescente-se que a depressão, muito freqüente na pessoa idosa, decorrente de viuvez, luto, perdas de amigos e parentes próximos, ausência de papéis valorizados, isolamento crescente, dificuldades financeiras, em conseqüência de aposentadoria vil etc., afeta de tal forma a auto-estima, que pode produzir eventual prejuízo da produção intelectual.

Como já mencionado em capítulos anteriores, é por vezes difícil a distinção entre processos decorrentes de modificações biofisiológicas que surgem com o avançar dos anos e as decorrentes de estados mórbidos sabidamente mais comuns nessa faixa etária. O limite entre ambos é não raramente impreciso, exigindo por parte do médico um interrogatório cuidadoso, exame físico rigoroso e, quando necessário, exames subsidiários para esclarecimento diagnóstico. Com isto é possível estabelecer o perfil do idoso cognitivamente normal e, portanto, tornar mais fácil a distinção entre modificações próprias do envelhecimento normal e as decorrentes da síndrome demencial, tarefa esta nem sempre fácil, quando a síndrome se encontra em sua fase inicial. Se ocorrer suspeita diagnóstica de demência, deverão ser solicitados testes neuropsicológicos, testes específicos de *screening*, que permitirão melhor avaliação de habilidades como memória, linguagem, atenção e de outras funções cognitivas, cuja descrição detalhada encontra-se no Capítulo 25. A precaução que se deve ter com estes testes é que os mesmos sofrem influência do nível econômico, social e cultural, entre os quais o grau de alfabetização, podendo, inclusive, ter também sua interpretação prejudicada pela diminuição das capacidades auditiva e visual, e de estados depressivos, que são condições não raramente presentes em pessoas idosas.

A sabedoria e a inteligência, e a relação entre ambas são aspectos fundamentais do conhecimento em qualquer fase da vida e, portanto, também durante o processo de envelhecimento. É importante lembrar que a primeira, segundo Baltes e Smith[1], é considerada como desempenho de alto nível, principal exemplo de uma forma de conhecimento avançado da vida adulta[31]. Por centenas de anos considerada o pico do conhecimento humano, ela tem sido objeto de estudos durante o processo de envelhecimento, desde o trabalho clássico sobre a velhice — *De Senectude* — escrito por volta de 50 a.C. pelo filósofo romano Cícero. É evidente que a sabedoria está intimamente relacionada e dependente da inteligência, embora ela não pertença apenas ao território contextual desta.

A inteligência é classicamente dividida em inteligência cristalizada, que é a fonte de informação geral, vocabulário ou conhecimento adquirido; e inteligência fluida, que vem a ser a habilidade de perceber relações existentes entre as coisas e manipular informações. A primeira praticamente não se altera até os 70 anos. A segunda vai apresentando declínio progressivo já a partir dos 20 anos de idade, o que pode levar à conclusão de que, com o envelhecimento, possa ocorrer redução da capacidade de manipular novas informações[6,18].

Mais recentemente, Kliegl e Baltes[20] ampliaram o conceito de Cattell[6] e Horn[18], definindo o que eles denominaram pragmática de inteligência, que é justaposta à mecânica da inteligência, cujas características encontram-se na Fig. 26.1. Embora seja esperado que com o envelhecimento possa haver alguma per-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da da mecânica da inteligência, assume-se que na velhice possam ocorrer avanços na pragmática cognitiva. Talvez a evidência mais importante dessa afirmação seja a do treinamento cognitivo, através do qual demonstrou-se que muitos idosos não-portadores de doenças cerebrais possuem a capacidade de se engajar em esforços direcionados a seu próprio desenvolvimento, de adquirir novas capacidades cognitivas e de fortalecer antigos potenciais[1]. A história da humanidade tem demonstrado a infinidade de grandes artistas e especialistas em diversos campos profissionais, o que é uma clara evidência que as habilidades podem ser mantidas e ampliadas na velhice. E isto não ocorre somente com grandes personagens, mas também, com o cidadão comum. Acrescente-se, além disso, que há progressiva evidência de que os idosos podem ser superiores em algumas tarefas de raciocínio cognitivo, associado a questões de inteligência social e prática, e à integração entre afeto e cognição[8,21].

Estas considerações, assim como as que se seguem nesta seção e nas demais são, como já mencionado, fundamentais para definir com razoável precisão os limites entre as funções cognitivas de uma pessoa idosa normal e de um portador de síndrome demencial, particularmente, em sua fase inicial.

A atenção, que é a base de qualquer atividade mental, é a capacidade de concentrar-se sobre um determinado elemento, excluindo os demais. Testes simples de atenção têm demonstrado que o desempenho do indivíduo idoso é semelhante ao do jovem; testes complexos, que demandam atenção permanente a vários estímulos concomitantes, mostram que os idosos são menos ágeis que os jovens no manuseio total das informações recebidas. A questão parece ser também mais de qualidade que de quantidade.

São importantes algumas considerações adicionais sobre o debate que ainda ocorre a respeito da cognição que acompanha o envelhecimento em ausência de doença. Estudos realizados em pessoas adultas mais velhas sugerem que a função cognitiva pode se tornar discretamente lentificada com a evolução da idade. Pacientes mais velhos comumente queixam-se de problemas de memória ou de capacidade de concentração, mas estas queixas por si só parecem não ser preditoras de distúrbio cognitivo atual ou futuro, mas representariam melhores marcadores de depressão, segundo Flicker e col.[11] e Gagnon e col. (1994). Alguns idosos mais velhos, tanto os que se queixam quanto aqueles que não o fazem, podem exercer bem as atividades de vida diária, mas não possuem os critérios necessários para que possam ser considerados como portadores de doença demencial, embora tenham discretas alterações de um único domínio, mais freqüentemente da memória, evidenciada por meio de testes cognitivos. Estes pacientes são considerados portadores de distúrbio cognitivo leve.



Fig. 26.1 Um modelo bidimensional de inteligência. O modelo é muito influenciado para teoria de inteligência fluida e cristalizada de Cattell's (1971) Horn's (1970).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Pacientes com a forma amnésica de declínio cognitivo leve são caracterizados por queixa de alteração da memória corroborada por um informante; distúrbio de memória evidenciado por teste de estado mental ou psicométrico; função cognitiva anormal e atividade de vida diária normal para a idade; e ausência de critérios que o enquadrem como portadores de quadro demencial.

Outro fato que merece ser salientado é que uma parcela (8% a 15%) de indivíduos com distúrbio cognitivo leve irá evoluir para doença de Alzheimer franca, em um prazo médio de 3,5 anos[3].

Cremos que a memória parece ser a mais atingida entre todas funções cognitivas, gozando de péssima reputação não só entre os pacientes, como também entre os profissionais da saúde e familiares. Para melhor entendimento sobre a mesma, alguns esclarecimentos preliminares são, portanto, essenciais. É de observação corriqueira em consultórios a queixa de perda de memória em pessoas aparentemente normais com mais de 60 anos. A esse respeito, há aproximadamente 30 anos foi proposta a expressão *benign senescent forgetfulness*, ou seja, esquecimento senescente benigno. Em 1986 este quadro recebeu a denominação de *age-associated memory impairment (AAMI)* — alteração da memória relacionada à idade —, que seria decorrente de alterações cerebrais ocorridas com o passar dos anos. De qualquer forma, a experiência mostra que às vezes é extremamente difícil ao profissional de saúde definir se a queixa de perda de memória é aquela esperada para indivíduo idoso normal ou se é conseqüente à fase inicial de um processo demencial.

São importantes algumas considerações adicionais relativas ao debate que ainda ocorre sobre a alteração da cognição que acompanha o envelhecimento em ausência de quaisquer doenças. Estudos realizados em pessoas idosas sugerem que a função cognitiva pode piorar discretamente com o avançar da idade, mas não consideravelmente.

A memória imediata ou primária não revela nenhum declínio importante quando se trata de reproduzir imediatamente algumas palavras ou números simples. Assim, por exemplo, é fácil digitar os oito números de um telefone, se estes tiverem sido recém-consultados em uma agenda. Por outro lado, dificuldades de graus variáveis poderão ser observadas na memória secundária ou recente, ou seja, quando a tarefa a ser executada é mais longa e complexa, e depende de aprendizado; quando há necessidade de codificação pelo cérebro e de armazenamento de informações novas. A memória terciária ou remota está em geral preservada na maioria dos idosos normais. Assim, situações e fatos antigos, já consolidados, ocorridos na infância e na juventude, são narrados com facilidade extraordinária.

A memória e a atenção acompanham-se da linguagem, que é a forma de expressão essencial ao ser humano. Ela mantém-se presente com o avançar dos anos, podendo-se considerá-la excelente, particularmente naquelas pessoas que utilizam a expressão verbal durante toda sua vida. Tem, portanto, relação de dependência sócio-cultural. *Déficits* aparentes, obviamente não relacionados ao processo de envelhecimento, são observados naqueles idosos que não tiveram desde a infância acesso a um capital verbal suficiente, embora a comunicação verbal mantenha-se perfeitamente funcional no decorrer de toda vida.

Nos consultórios e nas conversas informais entre pessoas há, como já assinalado, muita queixa a respeito da memória. Não se deve ter em relação ao idoso esta visão tão estreita de suas funções cognitivas, baseada puramente na mesma. Deve-se avaliar a cognição em sentido muito mais amplo. Assim, capacidades que compreendem memória, atenção, além das capacidades de julgamento, de raciocínio, de resolução de problemas, de formação de conceitos, de aquisição de conhecimentos etc. devem constituir a base para análise das funções cognitivas de qualquer indivíduo e, no caso em tela, do idoso. Pode-se afirmar, para finalizar esta seção, que a idade influencia muito pouco tais capacidades, que são essencialmente ligadas à aquisição cultural e profissional.

Demência

Conceito

Demência é uma síndrome clínica caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias, acarretando repercussões sociais e ocupacionais ao paciente. A demência geralmente se manifesta por *déficit* de memória e de outras funções cognitivas, como linguagem, orientação parcial ou temporal, julgamento e pensamento abstrato.

Epidemiologia

O aumento da população idosa em todo mundo pode ser considerado uma vitória do progresso tec-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nológico, da melhoria das condições socioeconômicas e, principalmente, dos avanços da medicina. Paralelamente, e como decorrência natural e indesejável do crescimento da longevidade, aumenta a cada ano de vida, principalmente após os 60 anos de idade, o declínio funcional dos diversos órgãos, tornando o idoso mais vulnerável à maior incidência de processos agudos graves e, particularmente, de doenças crônico-degenerativas. Com efeito, cerca de 80% de pessoas com idade igual ou maior que 75 anos são acometidas de uma ou mais doenças, cuja gravidade varia de um indivíduo para outro, situando-se entre estas a síndrome demencial.

Dados ainda não confirmados levam à suposição de que no ano 2000 havia aproximadamente 150 milhões de idosos com demência em todo mundo. Esta situação, que se mostra alarmante, pode ser considerada uma verdadeira epidemia do conjunto das diversas formas da síndrome. De fato, deixando-se de lado considerações sobre as repercussões para o doente, a família e o cuidador, que serão objetos de discussão no capítulo seguinte, a demência é uma das grandes responsáveis pelo grande ônus econômico que a sociedade e os serviços públicos têm de suportar. Mesmo admitindo-se que, 70% a 80% dos indivíduos demenciados vivem em seu domicílio e que apenas o restante encontra-se institucionalizado, a sobrecarga que a sociedade já está hoje vivendo ao suportar tal impacto econômico, será ainda maior nos próximos anos. Como ilustração, os dados estatísticos dos Estados Unidos, obtidos em 1986, vêm corroborar esta impressão, pois, naquele país os gastos com atendimento a essa população atingiam 25 a 40 bilhões de dólares.

Sabe-se que, se nos próximos anos não forem obtidos progressos consideráveis no tratamento das demências consideradas irreversíveis, como a doença de Alzheimer, a decorrente de múltiplos infartos, a doença de corpos de Lewy etc., o número de pacientes demenciados dobrará no ano de 2050.

A grande dificuldade para estimar a prevalência da síndrome demencial, nas suas diversas formas, são os diferentes critérios diagnóstico utilizados em vários estudos e a composição demográfica da população pesquisada. Tais estudos, no entanto, concordam que a idade é o fator mais nitidamente relacionado à prevalência das demências. Entre todos os trabalhos que abordaram o assunto, possivelmente o de Jorm e col.[19], realizado em 1987, seja o que mais contribuiu para o conhecimento da epidemiologia da síndrome. Nessa pesquisa, na qual foi avaliada a freqüência estimada de demência segundo a faixa etária, foi demonstrada que a prevalência dobra a cada cinco anos. Mais especificamente, os autores mostraram que em 30 anos, a partir dos 60 anos de idade, ela passava de 0,7% a 38,6% (Tabela 26.1).

Tabela 26.1 Prevalência Estimada de Demência Segundo a Faixa Etária

Idade (anos)	*Prevalência Estimada (%)*
60-64	0,7
65-69	1,4
70-74	2,8
75-79	5,6
80-84	10,5
85-89	20,8
90-95	38,6

Fonte: Jorm e col.[19]

Por outro lado, outro estudo revelou que a prevalência de demência degenerativa como a doença de Alzheimer era maior do que a soma dos demais tipos de demências. Deve ser assinalado, entretanto, que são referidas variações geográficas, revelando que a prevalência deste tipo de demência é menor em certas regiões como Índia e Nigéria.

A relação da síndrome com o sexo apresenta ainda hoje resultados cujas interpretações têm se mostrado contraditórias. Assim, no trabalho de Jorm e col.[19], anteriormente referido, foi observado que a prevalência da doença de Alzheimer era mais elevada em mulheres, enquanto que a demência por múltiplos infartos era equivalente em ambos os sexos. Veras[44] assinala que esta maior incidência entre mulheres poderia ser atribuída à maior sobrevivência de pacientes do sexo feminino. Schoenberg (1986), citado por Luders e Storani[24], por sua vez, relata que a prevalência de todos os tipos de demência é realmente maior entre mulheres. Esse autor respalda esta afirmação ao ajustar os dados de sua pesquisa à maior longevidade de pessoas do sexo feminino.

Outro aspecto que merece ser destacado é que a maioria dos estudos revela aumento do risco de possuir a doença de Alzheimer entre familiares. Aproxi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

madamente 40% dos doentes possuem história de antecedente familiar e em cerca de 10% a 15% dos casos o grau de parentesco era de primeiro grau. Outro fato que merece ser considerado é a correlação entre este tipo de demência e a síndrome de Down, o que reforça a impressão de que a mesma estaria vinculada à alteração do cromossomo 21, embora modificações nos cromossomos 14 e 19 poderiam também estar envolvidos com a forma familiar da doença.

Como se pode perceber, os estudos epidemiológicos mais consistentes restringem-se principalmente à doença de Alzheimer e, secundariamente, à decorrente de múltiplos infartos, embora hoje comece a tomar vulto o aumento da incidência de doença de corpos de Lewy.

Critérios Diagnósticos

Os critérios mais utilizados para o estabelecimento do diagnóstico de demência são os constantes da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) da American Psychiatric Association, de 1994 (Tabela 26.2).

Tabela 26.2 Critérios Diagnósticos de Demência Segundo o DSM-IV

A1. Comprometimento da memória
A2. Comprometimento de pelo menos uma outra função cognitiva a. Linguagem b. Praxias c. Gnosias d. Funções executivas
B. Os *déficits* cognitivos causam significativo comprometimento social e ocupacional e representam declínio significativo do nível de funcionamento anterior.
C. Os *déficits* cognitivos não ocorrem exclusivamente durante episódios de *delirium*.
D. O quadro pode estar relacionado a uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de algumas substâncias (incluindo toxinas) ou a uma combinação de dois fatores.

Fonte: American Psychiatry Association (1994).

Tipos e Caracterização

A síndrome demencial pode ser classificada, de acordo com a localização do processo patológico que a produz, em doença de localização primária no cérebro como, por exemplo, a doença de Alzheimer, ou em doença não localizada no cérebro, mas que pode secundariamente afetá-lo como, por exemplo, o hipotireoidismo. Pode também ser dividida segundo a possibilidade de reversão ou não da causa determinante e, como decorrência, do quadro demencial em doença que pode ser revertida ou interrompida (doença potencialmente reversível) como, por exemplo, hidrocefalia de pressão intermitente, ou doença irreversível, como, por exemplo, doença vascular (a maioria dos casos de acidente vascular cerebral).

Causas de Demências que Podem Ser Revertidas ou Interrompidas (Potencialmente Reversíveis)

A síndrome demencial pode ser decorrente de doenças que podem ser revertidas ou interrompidas (Tabela 26.3), desde que ocorra reconhecimento e tratamento precoces das mesmas, caso contrário, pode haver irreversibilidade do quadro. Além disso, assume ainda maior importância esta preocupação quando se sabe que uma parcela significativa, de 5% a 30%, de todas as causas de demência são reversíveis.

Deve ser assinalada também a existência de drogas associadas à demência potencialmente reversível e que se encontram relacionadas na Tabela 26.4.

Causas de Demências Irreversíveis

Como já mencionado, a doença de Alzheimer (DA) é responsável por aproximadamente 50% a 60% de todos os casos de demência. Acredita-se hoje que a demência de corpos de Lewy (DCL) seja a segunda causa mais comum, com cerca de 15% a 20% dos casos, deixando para o terceiro lugar a demência vascular, conhecida até recentemente como demência por múltiplos infartos, e, em seguida, situam-se as demais doenças.

Neste grupo encontram-se reunidas as demências degenerativas progressivas, que podem ser divididas em duas categorias:

1. sem achados neurológicos, além da demência, e que tem como exemplos a DA e a DCL, entre outras;
2. aquelas que apresentam outros achados neurológicos proeminentes, que, além da demência, podem ou não estar presentes, como se observa na doença de Parkinson (DP), coréia de Huntington, entre outras.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 26.3 Causas de Demências Potencialmente Reversíveis

- Distúrbios metabólicos
- Distúrbios eletrolíticos
  - Hiponatremia, hipernatremia
  - Desidratação
  - Doenças tireoideanas: hipotireoidismo, hipertireoidismo
  - *Diabetes mellitus*, hiperglicemia, hipoglicemia
  - Hipocalcemia, hipercalcemia
  - Azotemia
  - Toxinas
- Infecções intracranianas
  - Meningite criptocócica
  - Neurolues/goma sifilítica
  - Doença de Whipple
  - Sida/toxoplasmose
- Causas estruturais
  - Hematoma subdural
  - Tumores
  - Hidrocefalia de pressão intermitente
  - Distúrbios sensoriais
- Distúrbios nutricionais
- Doenças circulatórias
- Doenças pulmonares
- Anemia perniciosa
- Drogas (ver Tabela 26.4)
- Distúrbios psiquiátricos
  - Depressão
  - Mania
  - Ansiedade
  - Paranóia
- Diversos
  - Impactação fecal
  - Hospitalização

Fonte: Luders e Storani[24]

Tabela 26.4 Drogas Associadas à Demência Potencialmente Reversível

- Álcool
- Agentes Psicotrópicos
  - Neurolépticos
  - Antidepressivos
  - Ansiolíticos/sedativos/Hipnóticos
  - Estimulantes
- Agentes antiparkinsonianos
  - Anticolinérgicos
  - Amantadina
  - Levodopa
  - Bromocriptina
- Anti-histamínicos
- Agentes cardiovasculares
- Agentes hipoglicemiantes
- Anticonvulsivantes
- Analgésicos
- Outros
  - Cimetidina
  - Metoclopramida
  - Corticosteróides
  - Monóxido de carbono
  - Antimicrobianos
  - Organofosfatos
- Intoxicação por metais pesados
  - Chumbo
  - Mercúrio
  - Tálio
  - Manganês

Fonte: Luders e Storani[24]

Nesta exposição merecerão análise mais detalhada, devido a maior prevalência, apenas alguns tipos de demência deste grupo, particularmente, a demência decorrente da doença de Alzheimer.

Doença de Alzheimer

Os critérios diagnósticos para DA são os do DSM-IV e da *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS/ADRDA) (Tabela 26.5). Caracteriza-se por deterioração progressiva, revelada através do declínio insidioso da memória, que é o primeiro sintoma, e que se acompanha de alterações da personalidade, apatia e diminuição de outras funções corticais, como linguagem, julgamento, habilidades visuais e espaciais, aprendizado, raciocínio e concentração, sintomas estes que podem estar presentes já na primeira fase, a qual possui duração de dois a três anos. Tais manifestações podem levar o paciente a ter dificuldades para lidar com situações complexas. O senso crítico pode também já estar comprometido, levando o doente a minimizar a presença de *déficits* cognitivos.

Na segunda fase, que tem duração de três a cinco anos, ocorre perda cada vez mais acentuada da memória, das alterações visuais e espaciais e dos demais sintomas mencionados, além do aparecimento de sintomas focais, como apraxia, afasia, agnosia e anomia. Encontram-se prejudicadas as capacidades de efetuar cálculos, de fazer julgamentos e de planejar. Acham-se relativamente preservados o comportamento social e a personalidade, embora já se possam evidenciar algumas mudanças comportamentais que, acentuadas, podem levar a atitudes agressivas, particularmente contra os membros da família.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Com a evolução lenta e progressiva deste quadro, chega-se à terceira fase, na qual todas funções mentais estão comprometidas. Há mudanças progressivamente mais acentuadas da personalidade, apatia mais intensa, prejuízo importante da capacidade crítica e de julgamento. Além desses sintomas há, paralelamente, perdas das funções cognitivas, diminuição significativa da capacidade de realização das atividades básicas de vida diária que, com o passar do tempo, levam o paciente à dependência total do cuidador e/ou dos familiares. Em estágios mais avançados, o doente passa a não se alimentar, a apresentar incontinência urinária, a ficar permanentemente acamado e com vocabulário restrito; às vezes, há apenas emissão de alguns sons ininteligíveis. Nesta fase também pode haver alguns sintomas neurológicos motores como ri-

Tabela 26.5 Critérios para o Diagnóstico da Doença de Alzheimer Segundo o NINCDS/ADRA*

I. Provável:
- demência comprovada através de exame clínico e documentada através do MEEM, escala de demência de Blessed ou similar e confirmada por testes neuropsicológicos
- *déficits* cognitivos evidentes em duas ou mais áreas de cognição
- piora progressiva dos *déficits* de memória e demais funções cognitivas
- ausência de rebaixamento de consciência
- início dos sintomas entre as idades de 40 e 90 anos, mais freqüentemente após os 65 anos
- ausência de doenças sistêmicas ou cerebrais que possam explicar os *déficits* observados

II. O diagnóstico de "provável" é reforçado por:
- deterioração progressiva de funções cognitivas específicas (afasia, apraxia, agnosia)
- comprometimento das atividades cotidianas, alteração do padrão comportamental
- história familiar de doença semelhante na família
- exame do líquido cérebro-espinhal através de punção lombar, cujo resultado é normal
- alterações inespecíficas do eletroencefalograma
- evidência de atrofia cortical progressiva na tomografia cerebral

III. São consistentes com o diagnóstico de "provável":
- *plateau* no curso de progressão da doença
- associação com sintomas depressivos, insônia, incontinência, delírios, alucinações, reações catastróficas, transtornos sexuais, perda de peso, outras anormalidades neurológicas (aumento do tônus muscular, mioclônus ou transtorno de marcha)
- convulsões em casos mais avançados
- imagem tomográfica cerebral normal para a idade

IV. O diagnóstico de "provável" é incerto quando:
- instalação dos sintomas cognitivos é rápida ou súbita
- sinais neurológicos focais estão presentes
- convulsões ocorrem na instalação ou cedo durante o curso da doença

V. Possível:
- síndrome demencial na ausência de outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas
- variação na forma de instalação, apresentação e curso clínico
- associação com outra doença neurológica capaz de provocar demência, mas que não é considerada responsável pelo quadro clínico
- *déficit* cognitivo progressivo único presente sem que haja outra causa identificável

VI. Definitivo:
- Preenche critério clínico para "provável" e apresenta evidência histopatológica de DA

* National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gidez, convulsões, dificuldade para deambular, hemiparesia espástica etc.

As manifestações clínicas da DA são, provavelmente, decorrentes de redução do número de neurônios e de sinapses em regiões específicas do sistema nervoso central. A principal hipótese fisiopatogênica da DA é que há depósito de proteína beta-amilóide (bA), responsável pelo processo patológico.

O NINCDS-ADRDA estabeleceu que o diagnóstico de DA definida é caracterizado por quadro clínico típico e confirmação anatomopatológica; o diagnóstico de DA provável é realizado baseado no quadro clínico, mas sem confirmação anatomopatológica; diagnóstico de DA possível, quando o padrão clínico sugere o diagnóstico, mas este é atípico ou confundido pela existência de outros fatores contributivos potenciais.

Demência de Corpos de Lewy

A partir da década de 1980, passou a ter relevância como causa de síndrome demencial a doença cortical difusa de corpos de Lewy, também denominada demência senil do tipo corpos de Lewy (DSCL). Ela é caracterizada do ponto de vista anatomopatológico pela presença de inclusões neuronais, descritas em 1912 por Frederic Lewy, e encontradas em estruturas corticais e subcorticais.

Estima-se que sua prevalência era, em 1994, de 12% a 20%. Hoje, conforme já mencionado, ela parece ocupar o segundo lugar entre todas as causas de demência, seguida da demência vascular.

Há necessidade de se tentar esclarecer algumas controvérsias nosológicas a respeito das doenças de corpos de Lewy. Alguns autores consideram que as mesmas podem ser agrupadas num amplo espectro que vai desde a doença de Parkinson (DP) até a doença de corpos de Lewy difusa (DCLD), também conhecida por doença senil de corpos de Lewy. Estes mesmos autores defendem que os corpos de Lewy definem a patologia da DP, admitindo também que entre os dois extremos citados — DP e DCLC — os mesmos estão presentes em cérebros de 20% a 25% dos pacientes com DA. Embora ainda persistam as controvérsias citadas, Green[15] entre outros autores, admite que a nosologia atual, enfatizando achados patológicos, divide essas doenças em:

- doença de Parkinson idiopática;
- doenças de corpos de Lewy difusa (DCLD), sem placas neuríticas proeminentes ou emaranhados neurofibrilares;
- variantes com corpos de Lewy da DA.

As manifestações clínicas da DCLD são a de uma doença progressiva, que afeta ambos os sexos e que, à semelhança da DA, possui três estágios evolutivos. Inicia-se por esquecimento discreto e episódios de *delirium* (associado à doença física), evoluindo para comprometimento cognitivo mais acentuado, com piora durante o período noturno, apresentando pesadelos, alucinações auditivas e visuais e delírio paranóide. Na fase final há acentuação de um quadro confusional, que já vinha se instalando na fase anterior, além de distúrbios comportamentais importantes, evoluindo progressivamente para a morte por doença cardiovascular ou pulmonar.

Há necessidade de enfatizar que o amplo espectro patológico pode se traduzir na grande variabilidade do espectro clínico, podendo não raramente coexistir manifestações de parkinsonismo, sintomas tipicamente cognitivos, tremor e distonia, o que pode dificultar não somente o diagnóstico como também o tratamento.

Quando houver predomínio de distúrbios do movimento, o diagnóstico é de parkinsonismo com demência, justificando o tratamento com levodopa ou anticolinérgico, o que pode acarretar piora do quadro mental e de alucinações. Se, pelo contrário, ocorre predomínio dos sintomas cognitivos, o tratamento com neurolépticos pode acarretar piora dos sintomas extrapiramidais.

Demência Vascular

O conceito de demência vascular (DV) sofreu algumas mudanças com o tempo. Devido ao destaque dado aos infartos cerebrais, Hachinsky[17] denominou-a demência por múltiplos infartos. O National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences, em 1993, sugeriu a denominação de demência vascular, que é hoje a mais usada.

A sua prevalência é de 17% a 20% entre todas as causa de demência, sendo maior em homens do que em mulheres e aumentando com o avançar da idade.

Os infartos cerebrais podem ser de tamanho médio ou grande (mais que 15mm de diâmetro) ou pequenos (de 0,5 a 15mm), chamados de lacunares. O volume da área cerebral infartada tem relação direta com a gravidade do quadro demencial.

A DV pode ser melhor caracterizada com um espectro fisiopatológico que abrange desde infartos cerebrais simples ou múltiplos até a doença difusa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

progressiva de pequenos vasos. No primeiro caso o diagnóstico é relativamente fácil se os sinais neurológicos focais estiverem presentes, ao lado de manifestações de acidente vascular cerebral. Os sintomas e sinais neurológicos focais constituem as manifestações predominantes. São comuns hemiparesia, hemiparestesia, alterações localizadas dos reflexos miostáticos, sinais pseudobulbares, grande labilidade emocional e confusão mental noturna. Classicamente se apresenta com início abrupto e progride "em degraus", ou seja, com sucessivas pioras seguida de fase de estabilização. Estas características, além da história e antecedente de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e manifestações de aterosclerose, freqüentemente auxiliam no diagnóstico diferencial com DA. Não é rara, porém, a concomitância destas duas formas de demência, tornando difícil o diagnóstico. Esta dificuldade poderá ser minimizada com a utilização do escore isquêmico de Hachinski[17] (Tabela 26.6). Se o total de pontos encontrados for igual ou inferior a 4 trata-se, provavelmente, de paciente com DA; se a contagem totalizar 7 ou mais pontos, há indícios de DV; escore intermediário, 5 ou 6, não é discriminante. Loeb[23] sugere uma modificação no índice de Hachinski[17], acrescentando aos quatro itens principais os achados da tomografia cerebral.

No outro lado do espectro estão incluídos os infartos silenciosos, especialmente os pequenos infartos lacunares referidos anteriormente. O diagnóstico é difícil, uma vez que o curso temporal deste fenômeno não é clinicamente aparente, sendo a conexão com distúrbio cognitivo pouco clara. O diagnóstico, entretanto, poderá ser realizado por meio da ressonância magnética.

Este quadro pode estar associado à doença vascular cerebral de pequenos vasos, principalmente à arteriopatia hipertensiva, podendo produzir extensa isquemia de substância branca, denominada encefalopatia arteriosclerótica subcortical ou doença de Biswanger. Podem, nestes casos, ser evidenciados graus variáveis de alterações da substância branca ou leucoaraiose, que pode ser detectada através da ressonância magnética.

Tabela 26.6 Escore Isquêmico de Hachinski

Manifestações	*Pontos*
1. Início abrupto	2
2. Deterioração "em degraus" (sucessivas pioras seguidas de estabilização)	1
3. Curso flutuante	2
4. Confusão mental noturna	1
5. Relativa preservação da personalidade	1
6. Depressão	1
7. Queixas somáticas	1
8. Labilidade emocional	1
9. Hipertensão arterial	1
10. Antecedente de acidente vascular cerebral	2
11. Sintomas neurológicos focais	2
12. Sinais neurológicos focais	2
13. Outros sinais de aterosclerose	1

Fonte: Levy e Mendonça[22]

Doença de Parkinson

Algumas considerações sobre a DP já foram feitas anteriormente, no item sobre demência de corpos de Lewy. Admite-se que 20% a 30% de pacientes com DP têm *déficits* cognitivos significativos, ou seja, desenvolvem verdadeiro quadro de demência, particularmente no último estágio da doença. Acredita-se que mesmo pacientes considerados não-dementes possuam discretas alterações cognitivas, caracterizadas pela dificuldade de se concentrar e por pensamentos lentificados.

As alterações cognitivas são, provavelmente, mais freqüentes em doentes mais velhos, com bradicinesia e instabilidade postural mais acentuadas. Além disso, ao lado de maior probabilidade induzida pela doença, eles podem apresentar depressão, psicose ou confusão mental precipitada ou agravada pelo uso de levodopa.

A depressão, que é particularmente comum na DP, pode dificultar a avaliação do distúrbio cognitivo em pacientes idosos. Por outro lado, como anteriormente referido, medicação anticolinérgica usada na DP pode exacerbar manifestações cognitivas preexistentes.

Demências Frontotemporais ou Complexo de Pick

Sob a denominação de demências frontotemporais são incluídos distúrbios patologicamente heterogêneos do ponto de vista comportamental, cognitivo e de neuroimagem. Essas demências frontotemporais têm sido hoje

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

reunidas sob a denominação de complexo de Pick. Sob este rótulo, segundo Green[15], encontram-se diversas apresentações clínicas com vários quadros histológicos:

- demência de corpos de Pick (demência de Pick típica);
- doença com corpo de inclusão basofílico (doença de Pick generalizada);
- gliose subcortical progressiva;
- degeneração corticobasal ganglionar;
- demência sem histologia distinguível;
- demência com inclusões não-eosinofílicas.

Este conjunto de distúrbios assinalados, que pode estar presente em 1% a 25% dos casos de demência, tem como seu representante mais conhecido a doença de Pick clássica. Esta tem início relativamente precoce e a duração média de sobrevida de seis a sete anos.

Aproximadamente 20% a 40% dos casos de demências frontotemporais revelam um padrão familiar, caracterizado por herança autossômica dominante.

O quadro clínico das demências frontotemporais costuma, em sua fase inicial, ser caracterizado por falta de iniciativa, por preservação ou por discreta alteração da memória para fatos recentes e por desorientação espacial. Algumas manifestações clínicas são relacionadas à área cerebral que controla o comportamento, ou seja, pode ocorrer notória mudança de personalidade, como desinibição social e interpessoal, com comportamentos inapropriados e anti-sociais. Podem ser observadas também compulsões, incluindo hiperoralidade, além de afasia, ecolalia e outros *déficits* de linguagem, que podem progredir para o mutismo.

Doença de Jakob-Creutzfeldt

A doença de Jakob-Creutzfeldt pertence ao grupo das encefalopatias espongiformes. Essas afecções, que incluem a doença de Jakob-Creutzfeldt, a síndrome de Gerstmann-Straüssler-Scheinke, a insônia familiar fatal e o kuru — hoje reunidas sob a denominação doenças de prion — se devem a uma conformação anormal da proteína prion. Essa proteína anormal pode ser adquirida ou herdada, sendo esta forma devido à herança do tipo autossômica dominante. Esse conjunto de doenças pode ocorrer em animais e seres humanos.

A doença de Jakob-Creutzfeldt é entre todas a mais prevalente, com um caso em um milhão. A incidência familiar é encontrada em 10% a 15% dos casos.

A apresentação clínica é variável e caracterizada por alterações comportamentais, disfasia e distúrbio visual. O processo de demenciação é rapidamente evolutivo e se acompanha principalmente de afasia, agnosia visual, cegueira cortical, mioclonia, convulsões, hiper-reflexia e sinais extrapiramidais e cerebelares. O óbito ocorre em menos de seis meses, e poucos pacientes sobrevivem mais que um ano.

A tomografia computadorizada é incaracterística e o líquor pode revelar discreta hiperproteinorraquia. O eletroencefalograma repetido em série pode ser útil para o diagnóstico em 75% dos casos.

Não há, até o momento, tratamento. A manipulação desses doentes deve ser cuidadosa, especialmente em relação ao sangue, líquido cefalorraquidiano e tecidos, devido ao risco de contaminação.

Outras Demências Irreversíveis

Devido ao fato das outras formas de demências irreversíveis, como doença de Huntington, doença de Wilson, esclerose lateral amiotrófica etc., serem inexistentes ou pouco freqüentes em pessoas idosas, elas não serão objetos de discussão neste capítulo.

Avaliação do Doente com Suspeita de Síndrome Demencial

Não é nossa intenção fazer uma análise detalhada das diversas fases de avaliação de um paciente idoso, que, devido à existência de distúrbio cognitivo — seja este leve, moderado ou acentuado — deverá sempre ser avaliado com o rigor que o caso exige. Infelizmente a maioria dos clínicos não tem o hábito de procurar verificar a presença e a intensidade dos problemas cognitivos, a não ser quando o próprio paciente ou seus familiares relatam a sua existência. Com isto, o diagnóstico de síndrome demencial poderá, infelizmente, ser realizado muito tardiamente, retardando a adoção de medidas que possam comprovar o diagnóstico da causa desta síndrome, seja esta reversível ou não.

Em portadores de uma causa reversível, o diagnóstico precoce tem a finalidade de aliviar o mais rapidamente possível o medo e a tensão diante do "fantasma" de uma causa irreversível, e propiciar condições para o início do tratamento da causa subjacente. Em pacientes com doença irreversível e progressiva, também se justifica a realização precoce do diagnóstico para dar início imediato ao tratamento das manifestações cognitivas e comportamentais, e para planejamento das medidas legais e financeiras, enquanto o doente ainda é capaz. É importante

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

também para adoção de estratégias que visam a adiar a dependência e a institucionalização.

A avaliação do doente idoso com *déficit* cognitivo em um ou mais domínios deverá ser realizada por meio de uma anamnese cuidadosa, envolvendo, inclusive, antecedentes pessoais e exame físico rigoroso, e, quando pertinente, exames subsidiários julgados necessários.

Anamnese

Para realização de uma anamnese cuidadosa, o médico deverá ter presente os sintomas clássicos que podem levar à suspeita da síndrome demencial, tais como: perda da memória; dificuldade para execução de uma ou mais atividades de vida diária; desorientação; distúrbios da linguagem; perda freqüente de objetos pessoais; mudanças de humor, de comportamento ou de personalidade; perda da iniciativa, entre outros.

Ressalte-se que, para que se tenha confiança nas informações recebidas, é importante que estas sejam complementadas ou avalizadas por familiares ou amigos do paciente. É fundamental também saber se o início dos sintomas foi insidioso ou rápido; se parecem flutuar, revelando períodos prolongados de retorno aparente à normalidade, o que pode levar à suspeita de quadro depressivo, de superdosagem de medicamentos ou de distúrbio metabólico; e se as manifestações declinam lenta e progressivamente, sugerindo verdadeiro quadro demencial.

É importante também procurar obter informações sobre quais domínios cognitivos estão prejudicados, pois através dos mesmos pode-se levantar suspeita sobre a causa da síndrome demencial. Assim, pacientes com a doença de Alzheimer mantêm comportamento e estilo de conversação socialmente adequado, enquanto a presença de distúrbio precoce de comportamento pode ser indicativa de demência de lobo frontal.

Para completar a anamnese, é importante avaliar a capacidade funcional através da utilização do índice de Katz, que avalia as atividades de vida diária, e da escala de Lawton e Brody, que permite analisar as atividades instrumentais de vida diária, ambas objetos de exposição no capítulo sobre avaliação gerontológica multidimensional.

A abordagem dos antecedentes pessoais é útil para definição da existência de doenças clínicas ou neuropsiquiátricas, principalmente distúrbios metabólicos, neurológicos e psiquiátricos, eventualmente responsáveis por problemas relacionados à cognição. Assim, são fundamentais e, portanto, devem ser pesquisados os antecedentes de trauma craniano, acidente vascular cerebral, apnéia do sono ou qualquer doença neurológica; assim como doença hepática, renal, tireoidiana ou do sistema cardiovascular, que, quando adequadamente tratadas, poderão resultar em melhora ou reversão do *déficit* cognitivo. É relevante também investigar história de alcoolismo e uma revisão cuidadosa das medicações que estão sendo utilizadas, pois estas poderão ser responsáveis pela exacerbação de *déficits* cognitivos ou mesmo da síndrome demencial. A Tabela 26.7 mostra a relação de substâncias que freqüentemente podem prejudicar a cognição.

Tabela 26.7 Categorias de Medicações que Podem Causar ou Exacerbar Distúrbios Cognitivos

• Agentes anticolinérgicos
• Antidepressivos
• Antipsicóticos
• Antiarrítmicos
• Sedativos
• Agentes anti-hipertensivos
• Corticosteróides
• Narcóticos
• Anticonvulsivantes
• Agonistas dopaminérgicos
• Relaxantes musculares
• Anti-histamínicos

Fonte: Green[15]

Exame Físico

O exame físico deverá ser rigoroso, tendo como finalidade afastar ou confirmar doenças sistêmicas ou neurológicas que potencialmente podem exacerbar *déficits* cognitivos, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, alterações neurológicas, como paresias, distúrbios da marcha, sinais de parkinsonismo, mioclonias, entre outras.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Avaliação do Estado Mental

O exame do estado mental tem o intuito de avaliar o paciente com sintomas cognitivos, a gravidade da demência, o grau de deterioração ou de melhora durante a evolução do quadro, assim como o resultado do tratamento instituído.

A avaliação do estado mental, que pode ser realizada no domicílio, à beira do leito, no consultório ou numa instituição de curta ou longa permanência, visa a analisar a atenção, linguagem, funções visuais e espaciais e memória. A atenção pode ser analisada por meio de testes como, por exemplo, realização de subtrações seriadas e através da capacidade do doente conseguir falar os meses do ano de trás para frente. Assinale-se que a desatenção acentuada pode sugerir diagnóstico de *delirium* hipo ou hiperativo, quadro que com alguma freqüência pode coexistir com a síndrome demencial, o que pode dificultar o diagnóstico.

A fluência verbal pode ser analisada por meio da conversação espontânea. É particularmente importante avaliar a compreensão auditiva antes de se julgar a habilidade do paciente seguir instruções do restante do exame do estado mental. As capacidades de ler e escrever, quando relativamente preservadas, podem ser usadas para ajudar os doentes acentuadamente amnésicos a continuarem ainda ativos.

As funções visuais e espaciais são fundamentais, pois que, quando precocemente perdidas podem ser observadas em portadores de acidente vascular cerebral e em algumas formas de demência degenerativa.

O prejuízo da memória é seguramente a manifestação mais freqüente e a mais precoce de doentes demenciados. Esta alteração, assim como a atenção, a desorientação, a nomeação simples, a habilidade de seguir comandos verbais, de escrever uma frase e de copiar figura geométrica são funções que podem ser avaliadas por meio de uma escala padronizada, o miniexame do estado mental (MEEM), que pode ser realizado em aproximadamente dez minutos por qualquer membro da equipe. O detalhamento de sua realização, assim como suas vantagens e limitações, foi objeto de análise no Capítulo 25. Nesse mesmo capítulo, cuja leitura recomendamos, foram expostos outros testes estruturados e mais abrangentes, como, por exemplo, CAMDEX, ENEDAM e CERAD.

Diagnóstico

Na maioria das vezes, a história, o exame físico e os testes sobre o estado mental são suficientes para a realização do diagnóstico, principalmente quando o quadro demencial se apresenta com os critérios clássicos. No caso de dúvidas, são necessários exames subsidiários laboratoriais e por imagem. Entretanto, mesmo nos casos no qual o diagnóstico de síndrome demencial é de fácil realização, os exames subsidiários poderão ser necessários para detecção de um distúrbio clínico ou, mais especificamente, neuropsiquiátrico eventualmente presente. Tais exames, que podem ser requisitados mesmo quando o diagnóstico da etiologia primária já se acha esclarecida são:

- hemograma completo com determinação da velocidade de hemossedimentação;
- dosagens bioquímicas plasmáticas (sódio, potássio, cálcio, fósforo, bilirrubinas, transaminases, gamaglutamiltransferase glicemia,uréia, creatinina, T3 , T4, TSH);
- reações para sífilis;
- pesquisa de anticorpos anti-HIV;
- radiografia de tórax;
- tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética sem contraste (RM);
- dosagem de vitamina B_{12} sérica.

Devido ao fato de que várias doenças neurológicas e psiquiátricas podem exibir manifestações cognitivas, as demências atípicas podem exigir:

- avaliação de um neurologista ou de um psiquiatra com conhecimentos em geriatria;
- avaliação neuropsicológica para realização de testes cognitivos especializados;
- ressonância magnética com contraste;
- cintilografia de perfusão (*SPECT);*
- punção lombar;
- eletroencefalograma ou polisonografia;
- biópsia cerebral;
- outros exames laboratoriais, além dos já citados, que poderão ser eventualmente requisitados, como dosagens de zinco, magnésio, cobre, ceruloplasmina, amilase, cortisol, gasometria arterial, anticorpos antinucleares, anticorpos antitireóide e, além dos citados anteriormente, aqueles destinados à detecção de causas de demência potencialmente reversível.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Condutas Terapêuticas

O tratamento das demências potencialmente reversíveis não será abordado neste capítulo. Serão realizadas apenas considerações sobre a terapêutica da DA e sobre as condutas que poderão ser adotadas diante das alterações do comportamento presentes nas diversas formas de demências.

A hipótese fisiopatogênica do depósito de proteína b-amilóide tem sido o campo sobre o qual se assentam várias estratégias terapêuticas, que ainda se encontram em fase de estudos. Assim, é possível aceitar, embora com reservas, que procedimentos que impeçam a formação desta proteína, seu depósito no parênquima nervoso ou que promovam a sua eliminação seriam as principais medidas que poderiam ensejar resultados favoráveis no tratamento da DA.

Os antiinflamatórios e os antioxidantes podem diminuir os efeitos tóxicos da proteína b-amilóide. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que o uso crônico dos antiinflamatórios reduz o risco de desenvolver DA. Não há, entretanto, comprovação de que estes medicamentos sejam úteis quando os sintomas já se iniciaram. Drogas antioxidantes como α-tocoferol e seliginina ainda se encontram em fase de estudos, embora acredita-se que podem ter efeito discreto no retardo da evolução da DA.

Tratamento Farmacológico dos Distúrbios Cognitivos

O tratamento dos distúrbios cognitivos baseia-se, fundamentalmente, no emprego de drogas que interferem na neurotransmissão colinérgica. De fato, o bloqueio da degradação da acetilcolina por meio da inibição da acetilcolinesterase tem sido o mecanismo mais empregado para aumentar o nível deste neurotransmissor. Situam-se entre as drogas que agem através deste mecanismo de ação a tacrina, o donezepil, a rivastigmina e a galantamina.

De forma geral, esses inibidores da acetilcolinesterase produzem melhora discreta, porém significativa do quadro clínico. Seus efeitos colaterais mais comuns são náuseas, vômitos, diarréia e anorexia. A tacrina, além disso, pode ser hepatotóxica, fato que dificulta seu uso e exige monitoração freqüente das enzimas hepáticas.

A neurotransmissão colinérgica pode ser aumentada por meio de drogas que atuam diretamente sobre os receptores muscarínicos pós-sinápticos, como a xanomelina. Os efeitos colaterais, contudo, principalmente distúrbios gastrointestinais e síncope, constituem fatores limitantes de seu emprego.

Outras drogas como ginkgo biloba, citicolina, estrógenos, inibidores dos canais de cálcio e a acetil-L-carnitina não têm eficácia comprovada.

Tratamento Sintomático de Outros Distúrbios Neuropsiquiátricos

Por vezes, outras manifestações neuropsiquiátricas assumem grande importância, justificando a adoção de condutas tendentes a corrigir fatores ambientais ou intercorrências clínicas eventualmente presentes. Quando estas medidas não surtirem efeito desejado, deve ser considerada a possibilidade de utilização de drogas, tendo, no entanto, sempre presente os efeitos colaterais dos psicofármacos que, como já foi referido, podem piorar as alterações cognitivas.

As alterações do comportamento, caracterizadas por mudanças do humor, modificações da personalidade, alucinações, agressividade, agitação psicomotora, idéias delirantes, desinibição social, alterações do sono etc., podem, para facilidade de exposição, ser divididas sinteticamente em três grupos de sintomas:

1. distúrbios psicóticos e agitação;
2. depressão;
3. distúrbios do sono.

Os distúrbios psicóticos e a agitação, que podem ser responsáveis pela piora da qualidade de vida do paciente e de seu cuidador, devem ser medicados com drogas antipsicóticas. Os fármacos mais freqüentemente utilizados são: haloperidol, tioridazina, periciazina e os neurolépticos atípicos (clozapina, risperidona e olanzapina). A escolha de um desses medicamentos irá depender dos sintomas que o paciente apresenta e de seus efeitos colaterais.

A depressão é uma manifestação muito comum em pacientes com DA. Os antidepressivos tricíclicos têm a desvantagem de possuírem efeito anticolinérgico, hipotensão postural, sedação e distúrbios da condução cardíaca. Dentre todos, a nortriptilina tem a vantagem de efeitos colaterais menos acentuados. Os inibidores seletivos de recaptação da serotonina não possuem efeitos anticolinérgicos e apresentam efeitos colaterais mais discretos que os antidepressivos tricíclicos. A fluoxetina pode, com o correr do tempo, desencadear ou agravar sinais parkinsonianos. De qualquer forma, esta última droga, assim como a ser-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tralina, a paroxetina e o citalopram são os fármacos mais recomendados no tratamento da depressão em portadores de DA.

Nos casos em que há predomínio de apatia, que raramente responde ao uso de antidepressivos, podem ser empregada drogas psicoestimulantes, como metilfenidato e dextroanfetamina. A eletroconvulsoterapia poderá ser excepcionalmente indicada em casos rebeldes.

Os distúrbios do sono, muito comuns em portadores de DA, deverão, sempre que possível, ser corrigidos com medidas não-farmacológicas. Se estas medidas não surtirem efeito, algumas drogas poderão ser empregadas. A escolha por um tipo de medicação vai depender do fato de a insônia ser a única manifestação ou estar associada a alguns outros sintomas. No primeiro caso pode-se empregar: zolpidem, doses baixas de haloperidol ou benzodiazepínicos durante curto período. Quando à insônia estiverem associados outros sintomas como, por exemplo, manifestações depressão, podem ser indicado fármacos como nortriptilina, nefazodone ou mianserina.

Referências Bibliográficas

1. Baltes PP, Smith J. Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. In: Sternberg (org.). Wisdom. Its nature, origins and development. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. p. 87.
2. Braak H, Braak E. Neuropathological stageing of Alzheimer-related changes. Acta Neuropathol; 1991; 81: 261.
3. Bowen J, Teri L, Kukull W et al. Progression of dementia in patients with isolated memory loss. The Neurologist. Lancet; 1997; 349: 763.
4. Brody H. Organization of the cerebral cortex. III. A study of aging of cerebral cortex. J Comp Neurol; 1955; 102: 511.
5. Burns A, Phil M. Psychiatric phenomena in dementia of the Alzheimer type. International Psychogeriatr; 1992; 4: 43.
6. Cattell RB. Abilities: their structure, growth and aging. Boston: Houghton Mifflin; 1971.
7. Charchat H. Desenvolvimento de uma bateria de testes neuropsicógicos computadorizados para diagnóstico precoce da doença de Alzheimer. Dissertação de Mestrado pelo Instituto de Neurociências e Comportamento; 1999.
8. Cornelius SW, Caspi. Everyday problem solving in adulthood and old age. Psychol Aging; 1987; 2: 144.
9. Cunha UGV. An investigation of dementia among elderly patients. Acta Psychiatr Scand; 1990; 82: 261.
10. Ferris SH, Flicker C. Reisberg B et al. Age-associated memory impairment, benign forgetfulness and dementia. In: Bergener M, Reisberg B (eds.). Diagnostic and treatment of senile dementia. Berlim, Nova York: Springer-Verlag; 1989. p. 72.
11. Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia. Neurology; 1991; 41:106.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical guide for grading the mental state of patients for the clinician. J Psychiatr Res; 1975; 12: 189.
13. Fox RA, Hollander CF. Selection of subjects for ageing research. In: Horan MA, Brouwer A (eds.). Gerontology: approaches to biomedical e clinical research. Edward Arnold. London, Melbourne; 1990, p. 27.
14. Fox GK, Bowden SC, Bashford GM et al. Alzheimer disease and driving: prediction and assessment of driving perfomance. J Am Geriatr Soc; 1997; 45: 949.
15. Green RC. Diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer e outras demências. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2001.
16. Hachinski VC, Lassen NA, Marshall. Multi-infarct dementia. A cause of mental deterioration in the elderly. Lancet; 1974; 2: 207
17. Hachinski VC, Iliff LD, Phill M et al. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol; 1975: 32: 632.
18. Horn JL. Organization of data on life-span development of human abilities. In: Goulet JR, Baltes PB (orgs.). Life-span developmental psychology: Research and theory. New York: Academic Press; 1970.
19. Jorm AF. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand; 1987; 76: 465.
20. Kliegl R, Baltes PB. Theory-guided analysis of mechanisms of development and aging mechanisms through testing-the-limits and research on expertise. In: Schooler C, Schaie W (orgs.). Cognitive functioning and social estructure over the life course. Norwood: Ablex; 1987. p. 95.
21. Labouvie-Vief G. Intelligence and cognition. In: Birren JE, Schaie KW (orgs.). Handbook of psychology of aging. 2nd ed. New York: Van Nostrand Reinhold; 1985. p. 50.
22. Levy JA, Mendonça LI. Envelhecimento cerebral. Demências. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 51.
23. Loeb C. Vascular dementias. In: Vinken PJ, Klawans HL (eds.). Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier; 1985. p. 353.
24. Luders SLA, Storani MSB. Demência: impacto para a família e a sociedade. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p.146.
25. Mattos P. Neuropsicologia do envelhecimento normal e das demências. Document; 1993; 1: 21.
26. Mayeux R, Stern Y, Rosenstein R et al. An estimate of prevalence of dementia in idiopathic Parkinson's disease. Arch Neurol; 1988; 45:260.
27. Mayeux R, Sano M. Treatment of Alzheimer disease. NEJM; 1999; 341: 1670.
28. McGeer Pl, Schulzer M, McGeer EG. Arthritis and anti-inflammatory agents as possible protective factors for Alzheimer's disease. Neurology; 1996; 47: 425.
29. McKeith IG, Galasko D, Kosaka R et al. Consensus guidelines for a clinical and pathologic diagnoses of dementia with Lewy bodies (DLB): report of Consortium on DLB International Workshop. Neurology; 1996; 47: 113.
30. McKhann G, Drachmann D, Folstein M et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

work group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology; 1984: 34: 939.
31. Meacham JA. Wisdom and the context of knowledge: knowing that one doesn't known. In: Khun D, Meacham JA (orgs). On development of developmental psychology, Baasel: Karger; 1983. p. 111.
32. Monte P, Rojendra J. Psychological aspects of aging: when does memory loss signal dementia? Geriatrics; 1994: 49:45.
33. Nitrini R, Lefèvre BH, Mathias SC et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. Arq Neuropsiq; 1994; 52: 457.
34. Nitrini R. Demências. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 103.
35. Petersen RC. Normal aging, mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. The Neurologist; 1995; 1: 326.
36. Perry R, McKeith I, Perry E. Dementia with Lewy bodies. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
37. Petry S, Cumming J, Hill M, et al. Personality alterations in dementia of Alzheimer type. Arch Neurol; 1988; 4: 1187.
38. Prusiner SB. Human prion diseases and neurodegeneration. Curr Top Microbiol Immunol; 1996; 207: 1.
39. Rebok GW, Keil PM, Bylsma EW, et al. The effects of Alzheimer disease on driving – related abilities. Alzheimer Dis Assoc Disorder; 1994: 8: 28.
40. Reisberg B, Ferris SH, Tororssian C et al. Pharmacologic treatment of Alzheimer's disease; a methodologic critique based upon current knowledge on symptomatology and relevance for drug trials. International Psychogeriatr; 1992; 4: 9.
41. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T et al. Vascular dementia: diagnostic criteria ofresearch studies. Neurology; 1993; 43: 250.
42. Rowe JW, Khan RL. Human aging: usual and successful. Science; 1987; 237: 143
43. Sano M, Ernesto C, Thomas RG et al. A controlled trial of seleginine, alpha-tocopherol, or both as treatment of Alzheimer's disease N Engl J Med; 1997; 336: 1216.
44. Veras RP. Estudos da saúde mental. In: Veras RP (ed.). País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 66
45. Tison F, Dartignes JFm Auriacombe S et al. Dementia in Parkinson's disease: a population- based study in ambulatory and institutionalized individuals. Neurology; 1995; 45: 705.
46. Zerr I, Bordemer M, Gefeller O et al. Detection of 14-3-3 protein in the cerebrospinal fluid supports the diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease. Ann Neurol; 1998; 45: 32.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

27 Demência II: Impacto sobre Cuidador, Família e Sociedade

Matheus Papaléo Netto
Selenita Lia Alfonso Luders
Eva Lucila Klein

Introdução

O fenômeno do aumento da expectativa de vida, que constitui um notável privilégio, é um fato inconteste. O que constitui fato lastimável é que a sociedade e as entidades governamentais ainda não tomaram consciência plena da inexorabilidade dessa revolução demográfica que está ocorrendo em nosso país. Essa atitude possivelmente tem origem na imagem totalmente negativa, tragicamente impressa no mais profundo de nosso inconsciente e que reflete o medo instintivo de que, no futuro também chegaremos a esse período da nossa existência. Não surpreende, portanto, que algumas pessoas, diante da modificação da pirâmide etária, a considerem como catástrofe dos tempos modernos.

Deixando-se de lado um certo grau de exagero nesta última afirmação, é necessário criar a consciência de que a maior parte da população com mais de 60 anos envelhece até fases mais avançadas da vida com autonomia, independência e, portanto, com boa qualidade de vida se lhe for proporcionada assistência médico-social condigna que, infelizmente, não é apanágio de nosso país.

Não se pode esquecer, entretanto, que no outro extremo encontra-se um pequeno percentual de pessoas que envelhecem em condições dramáticas, fruto de doenças que impõem restrições acentuadas à autonomia e à independência. Embora seja esta visão de envelhecimento que permanece no imaginário da sociedade, paradoxalmente pouco tem sido feito para minimizar os efeitos da deterioração progressiva que ocorre nesta parcela da população da terceira idade na qual o aumento da longevidade representa um pesado fardo. Paralelamente, pouca atenção têm merecido os cuidadores e familiares que tratam de doentes em tal estado de saúde.

Ressalte-se que, se é verdade, como já foi assinalado, que a maioria das pessoas envelhece com autonomia e independência, não é menos verdade que, com o avançar dos anos, vai ocorrendo aumento do número de idosos doentes, acarretando crescimento evidente da taxa de mortalidade nas fases mais avançadas da vida.

Estas considerações demonstram que não se deve traçar um perfil totalmente negativo do processo de envelhecimento, mas mostrar que esta fase da vida é marcada por mudanças profundas que, por vezes, têm como resultado doenças incapacitantes de naturezas diversas. Apesar disto, é um erro acostumar-se à idéia de que o velho portador de doença incapacitante seja o protótipo da população idosa. Pior ainda é a afirmação de que pouco ou nada pode ser feito por esta parcela da população. Isto tem implicações que ultrapassam os limites das relações familiares, afetando a sociedade como um todo.

Colabora decididamente para esta situação a síndrome demencial, particularmente a doença de Alzheimer (DA), motivo pelo qual as diversas formas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de demência mereceram a devida atenção, consubstanciada em dois capítulos. Neste destacam-se os cuidados a serem prestados ao doente, o apoio ao cuidador e à família, e as repercussões sobre estes e sobre a sociedade. É lógico que, devido à elevada prevalência, a DA merecerá ser destacada, embora muitas das colocações que serão feitas aplicam-se também às outras formas de demência.

Relações entre o Doente e a Família

Nunca é demais afirmar que, no domicílio de um paciente com demência, os seus familiares não raramente passam, com o correr do tempo, a ser considerados "doentes". São eles que, quando o portador de demência torna-se dependente e perde autonomia, decidem tentar implementar, com orientação do médico e de uma equipe interdisciplinar, toda conduta a ser adotada, inclusive providenciando institucionalização quando esta for necessária.

As considerações feitas no capítulo anterior sobre os diversos tipos de demência, o quadro grave que progressivamente vai assumindo contornos dramáticos, e a sua elevada prevalência, particularmente em indivíduos idosos teve a intenção não só de revelar seus efeitos deletérios sobre o portador de demência, mas também antever o impacto sobre a família, o cuidador e a sociedade.

Reisberg e col. (1983), citados por Luders e Storani[12], compuseram um quadro de estadiamento do curso das perdas funcionais da DA (Tabela 27.1), no qual o tempo de evolução dessas perdas acha-se dividido em sete fases, sendo que a sexta acha-se subdividida em cinco partes e a sétima, em seis. À tabela citada, na qual constam as diversas fases e suas subdivisões, as características das perdas, o diagnóstico clínico quanto à gravidade e o tempo aproximado de perdas, foram acrescentados os aspectos psicossociais elaborados por Luders e Storani[12], correspondentes a cada uma das diversas fases. Essas observações psicossociais resultaram da análise de dados obtidos em atendimentos a pacientes com diagnóstico provável de DA e a seus familiares. Pode-se perceber que da primeira à terceira fase o paciente apresenta as características de doença socialmente aceitas, ou seja, os *déficits* em achar as palavras ou localizar objetos constituem situações geralmente relacionada com o envelhecimento normal ou alguma outra causa responsável por estas perdas. Mesmo os *déficits* em tarefas ocupacionais e sociais não costumam ser valorizados devidamente pelos parentes próximos.

Psicologicamente, as duas primeiras fases são aceitas, pois são confundidas com a rotina diária da família. Na terceira fase, na qual os aspectos sociais são também aceitos, surgem as irritações e agressões, tanto por parte do paciente, consciente de suas perdas, como pela família, em conseqüência de atitudes inadequadas do doente diante de situações anteriormente melhor resolvidas.

Em seguida passa-se à quarta fase do estadiamento proposto por Reisberg, com quadro clínico já em sua forma moderada, quando então se inicia o apoio familiar nas tarefas mais complexas como, por exemplo, o planejamento financeiro. Nesta fase, psicologicamente aparece o medo e a esperança. O primeiro é um estado afetivo que se origina nas camadas dos chamados "sentimentos sensoriais anímicos", sendo suscitado, além do mais, pela presença de uma situação ameaçadora real, que coloca em risco imediato ou indireto a integridade física ou moral do indivíduo. Pode ocorrer o medo por já se perceber que as perdas são reais e palpáveis, não se podendo confundi-las com outras causas que levam às mesmas atitudes. Paralelamente, há ainda esperança de que exista a cura para a situação apresentada.

Na quinta fase, na qual a assistência na escolha, por exemplo, de vestes apropriadas para a estação é necessária, o quadro apresentado começa a exigir alterações no arranjo familiar, ou seja, na distribuição de papéis e obrigações nas tarefas diárias para suprir as necessidades do paciente. Sabedora do provável diagnóstico de DA, a família inicia um processo de culpa, pela não valorização das queixas ou sintomas, pela irritação e pela falta de paciência do familiar para com o doente.

O relacionamento anterior destas pessoas norteará as suas relações atuais. Na inversão de papéis é que se pode observar esta afirmação. Trata-se de um papel diferente, no qual muitas vezes o familiar tem que assumir o lugar daquele que o apoiava ou lhe dava suporte emocional necessário, ou daquele que o subjugava e anulava sua personalidade, emoções e sentimentos. É importante que estas inversões sejam esclarecidas e discutidas com um profissional da equipe interdisciplinar, particularmente com o psicólogo.

A partir da sexta fase, os aspectos sociais e psicológicos tornam-se bastante difíceis e pesados para a família, comprometendo a independência de seus membros ou do cuidador. O isolamento social, as dificuldades da assistência médica ou financeira, as questões legais e a escassez de recursos comunitários se acentuam nesta ocasião. Psicologicamente e social-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 27.1 Tempo de Curso das Perdas Funcionais da Doença de Alzheimer

Est.	Caracterísca	Diagnóstico Clínico	Tempo Aproximado de Duração	Aspectos	
				Sociais	Psicológicos
1	Sem perdas	Adulto normal			
2	*Déficts* subjetivos ou lembrar a localização de objetos	Idoso normal			Psicologicamente aceito
3	*Déficits* em tarefas ocupacionais a Sociais. Capacidade elaborativa diminuída, geralmente observada por íntimos ou colegas	Compatível com doença insipiente	7 anos	Socialmente aceito	Irritação e agressividade
4	Requer atividades mais complexas, como planejamento financeiro, viagens etc.	Moderado	2 anos	Início do apoio familiar	Medo e Esperança
5	Requer assistência na escolha de vestes apropriadas para a estação	Moderado	18 anos	Início do apoio arranjos familiares	Culpa, inicio da conscientizaçaõ da doença
6 A	Requer assistência para se vistir	Moderado para severo	5 meses	Perda da independência familiar + Isolamento social Dificuldade financeira +	Perda + Isolamento - Resignação
B	Requer assistência para banho	Moderado para severo	5 meses		
C	Requer assistência para toalete	Moderado para severo	5 meses		
D	Incontinência urinária	Moderado para severo	4 meses	Dificuldade de assistência médica Questões legais	
E	Incontinência fecal	Moderado para severo	10 meses		
7 A	Habilidade na fala limitada	Severo	12 meses	Dificuldade de recursos comunitários	Culpa
B	Vocabulário ininteligível	Severo	18 meses	Asilamento?	
C	Perda da habilidade de deambular	Severo	12 meses		Remorso
D	Perda da habilidade para levantar	Severo	12 meses		
E	Perda da habilidade para sorrir	Severo	18 meses	Cobrança social	
F	Perda da habilidade de menter a cabeça erguida	Severo	12 meses ou mais		

Fonte: Reisberg e col., adaptado por Luders e Storani[12]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mente as perdas vão se concretizando, e os familiares já não são reconhecidos pelo paciente; ficam reduzidas as visitas de parentes e amigos, e vai ocorrendo limitação das condições físicas e diminuição do ânimo para fazer visitas e para participar de outros programas sociais. Ocorre uma desagregação na personalidade de todos que estão envolvidos com a "situação demência". A relação entre os membros da família tende a sofrer mudanças, emergindo nessas situações problemas não resolvidos anteriormente e desgaste emocional que pode se tornar insuportável.

Os membros da família passam a viver a vida do paciente, principalmente quando este já buscava algum tipo de fuga para evitar contato consigo mesmo. É importante lembrar a necessidade de continuidade de estímulos para viver de maneira satisfatória, mantendo a identidade. Mesmo com os esclarecimentos sobre o que e como será o decorrer da doença, a angústia, assim como o medo, a raiva, a culpa, a depressão e outros sentimentos acompanharão os familiares a cada mudança de fase da doença.

Viscott (1982) faz a seguinte colocação: "Ansiedade é o medo da mágoa ou de perda. A mágoa ou a perda conduzem à raiva. A raiva contida conduz à culpa. A culpa não aliviada conduz à depressão." Normalmente, tais sentimentos fluem de forma natural, mas diante de uma situação estressante que se sabe não ter retorno, estes sentimentos entram e saem da pessoa muito rapidamente, sendo difícil a sua elaboração. Constantemente, os familiares são tomados pela preocupação de não estarem fazendo todo o necessário em favor do paciente, estando o remorso presente em grande parte do tempo. Toda esta movimentação emocional leva à labilidade afetiva, ou seja, a uma instabilidade e constante mutabilidade das reações afetivas, o que se atribui à insuficiência da regulação interna dos afetos.

Felizmente, não são apenas os sentimentos negativos que surgem nesse processo, mas também sentimentos agradáveis e bons, que existiram no relacionamento anterior à doença. Da mesma maneira que se envelhece como se vive, os sentimentos são uma seqüência de atos e atitudes vivenciados durante o tempo de convívio entre paciente e seus familiares.

Abordagem Interdisciplinar do Paciente com Demência

Elaborada uma hipótese diagnóstica de síndrome demencial e avaliado o grau de comprometimento, depara-se principalmente com duas situações entre as múltiplas intermediárias. Na primeira o paciente está na fase inicial da doença, tem consciência de que alguma coisa está mudando, sendo a noção de seu *déficit* tanto maior quanto mais elevados são os níveis socioeconômico e cultural. O que se observa nesta fase é que o paciente tenta mascarar suas dificuldades, procurando por todos os meios esconder seus erros.

Nesta fase, quando ainda está ciente das alterações vigentes, o doente passa por uma experiência muito dolorosa, que pode ser agravada por sentimentos de ironia ou indiferença daqueles que com ele convivem. Apesar disso, é justamente nesse estágio, quando as manifestações ainda estão na fase inicial, que se pode obter sua colaboração para a proposta terapêutica a ser implementada. Assim, junto à equipe interdisciplinar, ele pode ter participação ativa no tratamento, se sua situação for exposta com detalhes.

Uma outra hipótese é que o paciente procura o médico já bastante comprometido e, nesta circunstância, a oportunidade de propor sua participação nas condutas a serem adotadas estará para sempre perdida. Nesta condição não se pode esquecer que ele não pode ser entrevistado isoladamente. É justamente neste momento que a família e o cuidador deverão ter participação efetiva no encaminhamento do tratamento proposto.

Diante da primeira situação, pode parecer cruel contar ao doente que ele tem uma doença incurável e que, particularmente no caso da DA, tem um curso clínico progressivo. Alguns autores, entretanto, consideram que a informação e a discussão do diagnóstico com o paciente podem proporcionar-lhe condições que o auxiliarão a colaborar com as diretrizes para seu tratamento, para seus assuntos financeiros e para outras questões de ordem pessoal.

O que é possível observar é que maior número de portadores de DA têm sido informados de seu diagnóstico. É importante ficar claro, no entanto, que ainda um grande número de doentes não gostariam de ser informados, e esse desejo deve ser respeitado. Um aspecto fundamental e relevante e que precisa estar sempre presente é que o paciente, quando se encontra plenamente consciente, tenha a oportunidade de decidir sobre o conhecimento de seu estado clínico, inclusive de seu diagnóstico.

Ao se optar por revelar ao doente sua verdadeira condição clínica, é prudente agir com cautela, de modo individualizado e no momento oportuno. As-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sim, a revelação dos fatos junto à família, se o paciente assim o permitir, pode deixá-lo mais seguro. Alguns doentes, no entanto, preferem que o médico seja a pessoa indicada para lhe contar. A forma de informar o diagnóstico irá depender da capacidade de compreensão do paciente e da habilidade do médico. Alguns poderão compreender as explicações sobre seu quadro clínico, sua evolução e as implicações sobre as atividades de vida diária, enquanto outros apenas percebem que têm alguma doença que compromete sua memória. Existem, no entanto, situações nas quais há comprometimento do estado emocional e, nestes casos, a revelação do diagnóstico pode ser destrutiva. Nessa situação, a informação deverá ser dada de forma indireta, não devendo haver referência à expressão doença de Alzheimer, substituindo-a, por exemplo, por distúrbio de memória, com a explicação de este requer acompanhamento clínico permanente. Ressalte-se que, por vezes, o portador de demência não mais se encontra consciente ou não reconhece o fato e a importância de seu problema e, portanto, não tem condições ou não está interessado em saber de seu diagnóstico.

É importante ressaltar que quando o paciente tem noção a respeito de sua doença e de suas implicações atuais e futuras, poderá colaborar no planejamento de sua vida enquanto tiver condições físicas e mentais para isso. Assim, pode, por exemplo, em conjunto com a família e com o apoio da equipe interdisciplinar, encontrar quem possa ser responsável pelos seus cuidados, tomar decisões sobre questões financeiras e colaborar ativamente, como já foi referido, no encaminhamento das condutas a serem adotadas.

As informações prestadas ao doente, à família e ao cuidador não se restringem ao médico e ao psicólogo, mas também a todos os componentes da equipe interdisciplinar. De fato, informações contraditórias podem causar desconfiança por parte do paciente, o que pode ocasionar falta de motivação e inobservância às condutas propostas e mesmo abandono do tratamento. A resultante final pode ser extremamente deletéria para o cuidador e, principalmente, para o doente, portador de um processo patológico por si só devastador.

Ao se fazer opção por qualquer tipo de abordagem, a regra a ser seguida deverá ser a forma mais humana possível de conduzir a questão, nunca tirando a esperança do paciente e da família, pois "existe vida após o diagnóstico", que deverá ser respeitada em qualquer situação. Surge, então, um espécie de pacto entre equipe, paciente e família, compromisso que deve ser honrado, com o intuito de diminuir o desânimo, o desgaste e a dura sensação de impotência de todas as partes envolvidas.

Educação e Apoio aos Familiares

É de fundamental importância a noção de que a família forma a interface entre a sociedade e o paciente, filtrando as experiências deste e, em estágios posteriores, estruturando cada momento do seu dia-a-dia. À medida que a doença progride, são os familiares que decidem sob o *modus vivendi* a respeito dos cuidados que serão prestados, desde as tarefas relativamente mais fáceis, como administração medicamentos, até decisões importantes como, por exemplo, internação em uma casa de repouso, se esta for a conduta mais adequada.

A equipe que trabalha com a visão educativa e de apoio à família, passa, desde o primeiro contato até as fases mais avançadas da evolução do quadro clínico, a demonstrar interesse e reconhecimento dos sentimentos das pessoas relacionadas com o doente, fortalecendo os laços entre a equipe e a família, cujo resultado final poderá ser a melhora da qualidade de vida, mesmo em casos avançados da enfermidade.

Segundo Green[9]: "o planejamento específico na educação e no apoio à família é um componente fundamental e essencial no tratamento de pacientes com demência".

O médico e toda equipe interdisciplinar, além das condutas terapêuticas farmacológicas, devem adotar medidas de apoio e educar os familiares, visando, como já foi assinalado, a melhora da qualidade de vida do doente. Educação e apoio constituem as palavras-chave essenciais do tratamento em todas as fases da doença, mas principalmente nos estágios mais avançados. É por este motivo que a monitoração da saúde mental e física e a realização de reuniões com finalidade educativa em todas as fases evolutivas da doença constituem o ponto alto da abordagem terapêutica da doença de Alzheimer, que tem o estigma da irreversibilidade. Nesta, como nas demais fases da doença, tem importância o papel de toda equipe interdisciplinar, colaborando no processo educativo e no apoio aos familiares e ao cuidador.

Assinale-se que famílias com dificuldades financeiras disporão de menos recursos e opções de apoio. Apoiar os membros da família, principalmente o cuidador primário, requer uma abordagem interdisciplinar completa, que pode ser coordenada pelo clínico de cuidados primários nos vários estágios da doença.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Já foram discutidas as diversas formas de contato da equipe com o paciente. Acreditamos que no primeiro contato com o doente e com os membros da família, quando ainda não se conhece o tipo de reação do primeiro, as informações clínicas deverão ser colhidas junto aos familiares. Estas deverão ser, preferencialmente, obtidas não em presença do doente, mas mais especificamente, enquanto este é examinado num cômodo, os familiares prestarão as informações necessárias em outro. Somente após esta medida é que o mesmo será informado sobre o seu problema de memória, que é freqüentemente o principal motivo da consulta, e sobre a conduta a ser adotada.

De qualquer forma, a confirmação do diagnóstico, mesmo quando este já era previamente suspeito, será informado ao membro da família que colaborou com as informações. Não é raro que a confirmação do diagnóstico e a proposta terapêutica possam acarretar um choque emocional, recomendando-se neste momento que o mesmo compartilhe o diagnóstico com os demais familiares, que não tiveram a oportunidade participar do encontro com o médico e a equipe interdisciplinar. O que se nota, na maioria das vezes, é que os familiares ficam extremamente preocupados que o médico e equipe não perturbem o paciente mencionando o diagnóstico, especialmente se este for portador de DA, pois referências a esta doença e suas implicações são, de certa forma, de conhecimento do público leigo. Este fato pode parecer irrelevante, porém os familiares podem sentir este problema de maneira tão acentuada que o diagnóstico só será informado ao doente se este assim solicitar.

Nos encontros seguintes, portanto, após o impacto causado pela confirmação diagnóstica, o médico e a equipe poderão oferecer uma visão mais abrangente da doença e das opções terapêuticas disponíveis. Tratamento dirigido aos distúrbios de memória e aos problemas comportamentais constitui excelente oportunidade para avaliar como os familiares estão lidando com estas manifestações, assim como para avaliar se a assistência que lhes é oferecida é a mais adequada. Mantendo este contato com o doente e sua família, é possível analisar a situação e, portanto, auxiliá-los em situações críticas, sugerindo ambientes mais seguros e demais medidas de segurança, que poderão retardar a institucionalização do doente numa casa de repouso.

É necessário fornecer à família informações técnicas, pois estas são tão importantes quanto o suporte emocional. Embora esta possa ser resistente, negando a existência de problemas ou, ainda, de modo inconsciente, relutar em aceitar ajuda externa, a informação é sempre importante. É importante, também que a família e a equipe interdisciplinar dividam vivências de um processo mórbido que é complexo e que evolui de forma dramática. Por outro lado, a família deve estar ciente de que o cuidador precisa se integrar com outras pessoas, de modo a manter sua própria vida, e não julgar que este é exclusivo do paciente, como muitas vezes ocorre.

Em se tratando de idosos fragilizados, deve-se enfrentar o mito de que "a família é o problema", pois esta na verdade "tem um problema" de difícil solução, muitas vezes constituindo fonte de estresse familiar[1].

Papel do Cuidador

Em nosso país, no qual a maioria da população não recebe mais que dois salários mínimos e no qual a renda familiar é freqüentemente pouco maior que isto, o papel do cuidador comumente só pode ser executado pelo cônjuge ou filho adulto que, com raras exceções, não estão preparados para lidar com o doente demenciado. Ao lado disso, é notório o fato que a cada ano aumenta o número de famílias nucleares, ou seja, constituídas apenas pelo marido, mulher e por um ou dois filhos menores, nas quais os pais são obrigados a trabalhar para a manutenção do lar. Diante deste quadro, o que se observa é a filha ou o filho ser obrigado abandonar seu emprego para cuidar do paciente. O que é mais freqüente, no entanto, devido a esta situação, é que os cuidados necessários sejam realizados pelo cônjuge tão idoso e frágil como o próprio doente, o que torna o trabalho extremamente árduo. Ressalte-se que o cuidador é, tradicionalmente, uma mulher. A esposa, se presente e capaz, é usualmente o cuidador primário.

A tarefa do cuidador habitualmente é realizada em estágios, sendo o primeiro o do encontro, quando se recebe a informação sobre o diagnóstico, o cuidador e a família lutam por ajustar-se à situação; seguido do estágio da tolerância, na qual há freqüentemente fadiga, isolamento e depressão; e por fim o estágio da saída, no qual os membros da família podem apresentar duas reações aparentemente contraditórias: angústia e alívio diante da perspectiva do tratamento e da morte[11].

Como esta seção enfoca principalmente as dificuldades do cuidador, deve-se também ter em mente que este novo papel pode, em certos casos, oferecer uma saída compensadora para expressão de amor e para tornar a família mais unida[9]. Não resta a menor

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dúvida de que cuidar de alguém, principalmente um portador de demência, embora possa ser um gesto nobre, reveste-se, por outro lado, de um risco substancial de doenças, sejam estas físicas ou mentais. É também para o cuidador que são destinadas as maiores responsabilidades, principalmente diante do pequeno suporte social de que dispõe. Some-se a isto os poucos e precários recursos destinados ao setor saúde pelos órgãos governamentais e a ausência de uma política efetiva de distribuição de renda que permita enfrentar com dignidade uma doença por si só desgastante.

Além de perdas da capacidade física funcional em diversos órgãos, o dano cognitivo do doente representa um tipo distinto de limitação, o que pode trazer experiências novas para o cuidador. Com efeito, a demanda é maior quando se trata de idosos cognitivamente afetados, seja por alteração da personalidade seja por deterioração das habilidades intelectuais, como perda memória, da capacidade de julgamento, desorientação, alteração da linguagem e dificuldade para aprendizado.

O resultado final dessas perdas, física e mental, são os efeitos adversos sobre o cuidador. Em se tratando de idosos comprometidos na esfera cognitiva, parece que os problemas de saúde de quem os assiste são ainda maiores, podendo apresentar mais manifestações depressivas, estresse e ansiedade, quando comparado aos cuidadores sem esta responsabilidade. Os sintomas são mais comuns entre os cuidadores de doentes demenciados, tanto pelo desgaste físico e emocional quanto pela menor disposição de cuidar de si mesmo. De fato, é fácil entender que, tendo diante de si um enfermo com uma doença tão desgastante como a demência e que, freqüentemente, é de longa duração, o cuidador pode sentir-se isolado e exausto, apresentando-se ansioso, deprimido e, com o correr do tempo, desgastado fisicamente. Estas manifestações, que podem ser reunidas sob o rótulo de estresse e que têm sido ultimamente melhor estudadas, repercutirão sobre o paciente, que poderá exibir exacerbação de seus distúrbios comportamentais. A esse respeito, Dunkin e Anderson-Hanley[3] assim se pronunciam: "Quando os próprios cuidadores ficam desinformados ou abatidos, os pacientes experimentam mais problemas comportamentais e requerem internações prematuras em clínicas."

O cuidador, em última análise, passa a sentir todo o "peso" de um sistema social que o pressiona a adotar seus parentes idosos dependentes. Embora tenha motivações diversas para fazê-lo, com freqüência recebe uma recompensa mínima daquele que se encontra afetado do ponto de vista cognitivo. É claro que todo ser humano precisa do reconhecimento, pois relações unidirecionais acabam por levando à frustação, impotência e angústia. Prover cuidados é uma tarefa custosa — emocional, social e financeiramente —, e os cuidadores com freqüência recebem pouca ou nenhuma ajuda externa.

Nesse momento é importante assinalar que a motivação para cuidar de alguém, segundo Eisdorfer[5] está amparada em quatro razões: amor, sentimento que não requer explicação científica; gratidão, na qual se consideram as experiências passadas e tudo o que foi anteriormente oferecido pela pessoa agora necessitada; moralidade, seguindo basicamente as expectativas de uma sociedade; e, por fim, vontade própria em prover cuidados a alguém.

Ao lado destas razões gratificantes, que podem ser consideradas um bálsamo, o que é comum, perante o quadro clínico grave apresentado pelo enfermo, é o desgaste físico e psíquico do cuidador. Este, portanto, deverá merecer dos familiares atenção muito especial, dividindo com ele os encargos necessários para atendimento ao paciente demenciado. O que foi exposto anteriormente a respeito do processo educativo e de apoio aos familiares, deve se estender também ao cuidador, que é freqüentemente membro desta mesma família. Pode ser necessário aconselhamento informal, que deverá contar com a participação efetiva da equipe interdisciplinar, e, por vezes, a conduta psicoterápica voltada para ele. É importante também alertá-lo quanto à necessidade de se preocupar com seus problemas emocionais e de saúde, não raramente presentes, sem, obviamente, se descuidar do atendimento ao paciente sob sua responsabilidade.

Na entrevista com o cuidador, dois aspectos assumem particular importância. Assim, é fundamental indagar se sua vida social está mudando devido ao envolvimento com o paciente, se deixou de sair com amigos ou deixou de ser visitado por eles. É importante esclarecer se o paciente solicita ajuda em demasia ou se ele poderia fazer mais pelo doente sob seus cuidados, o que pode lhe transmitir a sensação de impotência diante da situação. O outro aspecto diz respeito ao grau de relação humana com o paciente. Assim, por exemplo, o pai idoso hoje pode ser aquele homem jovem de outrora que não se assumia como tal, que não se aproximava de seus filhos, que chegava embriagado em casa etc. A atual condição de avô, de um velho sentado em uma cadeira de rodas, pode não ser suficiente para apagar os traços

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

negativos do passado, bem como para reconstruir relações familiares, evidentemente inexistentes ou muito tênues, pelas quais jamais se interessou.

A família e os amigos devem seriamente enfrentar o desgaste do cuidador, apoiando-o não só emocionalmente, mas também lhe proporcionando períodos de folga, com a finalidade de que o mesmo possa viver sua própria vida, e tenha a oportunidade de realizar outras tarefas. A folga poderá ocorrer em qualquer estágio da doença, podendo ser contínua ou intermitente, de duração variável, oferecida informalmente ou programada pela família, empregando um cuidador formal ou enfermeira, utilizando programas de cuidados ambulatoriais, de serviços de assistência domiciliária ou mesmo internações de curto prazo, minimizando os efeitos do seu desgaste.

Medidas de Apoio ao Paciente

Várias considerações já foram feitas a propósito de condutas não-farmacológicas a serem trabalhadas, com a finalidade de auxiliar a família e o cuidador na condução de medidas necessárias para sistematizar o atendimento que será prestado ao doente. Nesse momento, é de fundamental importância a participação de uma equipe de profissionais, pois além do doente, o cuidador e a família também precisam de acompanhamento global, com o intuito de minimizar o desgaste físico e emocional decorrente da evolução do processo demencial. Assim, são aspectos relevantes o enfrentamento de questões legais e financeiras, que fatalmente surgirão; a adoção de medias de segurança, dentro e fora da residência; decisão sobre a permissão de o doente dirigir; períodos de folga do cuidador, já referidos anteriormente; e decisão sobre a necessidade eventual de internação em uma instituição de longa permanência ou em hospital.

Adoção de Medidas de Segurança

Quando se aborda o problema da segurança, é necessário ter em mente que o portador de demência freqüentemente se expõe a riscos tais como: sair de casa sem acompanhante; perambular; perder-se na rua; vestir-se inadequadamente, particularmente nos períodos em que a temperatura ambiental é baixa; deixar inadvertidamente o bico de gás do fogão ligado; dirigir carro, quando, em verdade, já perdeu esta capacidade etc.

O risco, que pode estar presente na própria residência, pode ser minimizado se for adotado pela equipe um processo educativo dirigido à família e ao cuidador, procurando melhorar a competência para cuidar do portador de demência.

À medida que pioram as manifestações da doença, tanto as de ordem física, relacionadas ao *déficit* na realização das atividades de vida diária, como as decorrentes do agravamento das atividades cognitivas, há necessidade de aumentar a supervisão direta. Algumas medidas são fundamentais, tais como o controle na administração de medicamentos quanto à dose e ao número de comprimidos que devem ser ingeridos ou ao emprego de drogas ministradas por via parenteral, e a redução do risco de quedas através da colocação de corrimão nas escadas e corredores, troca ou retirada de tapetes soltos, boa iluminação nas escadas, melhor distribuição de móveis, que podem bloquear a livre passagem do paciente, prejudicando a mobilização pacientes etc.

Decisão sobre a Possibilidade de Dirigir

Restringir a possibilidade do doente dirigir é uma das causas mais comuns de sobrecarga emocional para os familiares. Quando a doença está em fase inicial, caracterizada apenas por problemas de memória, é possível pensar na possibilidade de não restringir este privilégio, sendo que a decisão não deverá ficar somente a cargo da família, mas deverá ter a participação efetiva da equipe, particularmente do médico. Por outro lado, é também na fase inicial, quando os danos cognitivos são muito leves, que é mais fácil ao geriatra fazer com que a família compreenda que deve buscar alternativas, que deverão ser usadas até o momento em que a evolução do quadro demencial por si só justifica a restrição do ato de dirigir. Esta estratégia é seguramente melhor que a sua restrição abrupta. É importante ressaltar a opinião de Rebok e col.[14] e Fox e col.[7], segundo a qual mesmo os portadores de demência leve dirigem pior e apresentam maior risco de acidentes que os indivíduos ditos normais.

A proibição do ato de dirigir tem como base a intensidade do dano cognitivo e, portanto, a opinião do geriatra é essencial. Por outro lado, é praticamente impossível acreditar que indivíduos acostumados a utilizar seu próprio carro no dia-a-dia e durante anos possam aceitar com tranqüilidade a decisão que o impede de dirigir. Acrescente-se que portadores de danos leves, porém com problemas visuais e espaciais, podem tornar-se mais perigosos do que aqueles que possuem comprometimento mais acentuado e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mais constante de memória. A grande heterogeneidade do quadro neuropsicológico pode tornar ainda mais difícil a decisão sobre o problema da direção. Segundo Fox e col.[7], esta decisão deverá estar embasada em uma avaliação cuidadosa, inclusive com a utilização do MEEM. Segundo estes autores, níveis inferiores a 25 são decisivos para proibição do ato de dirigir. Acreditamos que, se aceitarmos como elemento fundamental para tomada de decisão o valor deste teste, ele deverá estar vinculado ao grau de escolaridade, ou seja, deverá ser maior naqueles doentes com nível de escolaridade mais elevada. Esta proposição tem como ponto básico os critérios propostos por Bertolucci e col. (1994) sobre os limites do teste, considerando-se o impacto da escolaridade. Enfim, parece inadequado admitir o mesmo limite, ou seja 25, como proposto por Fox e col.[7], para doentes que, quando não ainda não eram portadores de demência, nunca teriam atingido tal limite.

Deve, finalmente, ficar claro que o médico deverá assumir a decisão, e não deixá-la sob a responsabilidade da família.

Questões Legais e Financeiras

Quando um quadro demencial, que tem caráter progressivo, for diagnosticado já no início do processo, as questões legais e financeiras poderão ser discutidas com o paciente enquanto este ainda estiver em condições de participar de reuniões com esta finalidade. Nesse estágio da enfermidade, para evitar futuros dissabores, poderão ser importantes alguns aspectos. Assim, é relevante a inclusão de uma pessoa da família na sua conta corrente e/ou nas suas aplicações financeiras; colocar como procurador um indivíduo de sua confiança; decidir sobre custos de seus cuidados em sua residência ou em instituição hospitalar ou asilar; procurar atender seus últimos desejos e elaborar seu testamento em vida, se o mesmo tiver condições financeiras que justifiquem estas medidas.

É importante que fique clara a diferença entre desejo e testamento em vida. Neste poderá ser firmado um compromisso com a família, no qual ficará expressa, além da destinação dos recursos disponíveis, a anuência ou proibição da utilização de métodos desproporcionais para retardar indevidamente a morte. O direito do doente, particularmente nessa situação, é algo que não pode ser motivo de qualquer tipo de discussão. Querer morrer naturalmente é, em última análise, a não utilização de tais métodos para prorrogar a vida de qualquer doente na fase terminal de sua existência.

Internação

Em Instituições de Longa Permanência

Os portadores de demência poderão ser tratados na sua própria residência nos estágios iniciais da doença. Com a evolução do quadro clínico, no entanto, ou seja, nos estágios mais avançados, a maioria das famílias não dispõe de condições financeiras e, paralelamente, cresce o ônus para o cuidador. Estas condições não raramente são tão acentuadas que obrigam cuidador e família aceitarem a sugestão feita pelo geriatra e pela equipe de internação em uma casa de repouso. Nesta fase, o grau de dependência é tão grande que torna difícil a recusa em aceitar esta conduta.

É óbvio que a família, antes de implementar esta conduta, deverá avaliar os préstimos de um serviço de assistência domiciliária mantida pelo setor público ou, quando a família tem a sua disposição planos de saúde que prevêem este tipo de atendimento, a possibilidade de utilizá-lo para colaborar na atenção ao doente. É preciso ficar claro que esta assistência não dará ao doente a cobertura que é fornecida pelo cuidador, sendo, portanto, apenas complementar.

Alguns fatores são fundamentais para justificar a aceitação de uma internação em uma casa de repouso: comportamento destrutivo e não-colaborativo; incontinência urinária e fecal; incapacidade de reconhecer o cuidador; presença de distúrbios comportamentais mais intensos; incapacidade de manter um profissional remunerado como apoio ao cuidador; estresse do cuidador informal.

Em Hospitais

Em estágios mais avançados da doença, quando se encontra bem caracterizada a fase terminal, é por vezes necessária a internação em hospitais. Paradoxalmente, é justamente nesta fase que o ideal seria, se as condições clínicas permitirem, o doente falecer em sua casa junto a seus familiares.

Impacto Sobre a Sociedade

A ausência de projetos efetivos de saúde do idoso, arrastados durante décadas, assim como a aculturação do que o idoso representa, a enorme lacuna existente entre a teoria e a prática no enfrentamento

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da questão, trazem impactos não só na família quanto na sociedade como um todo.

O perfil da população brasileira está mudando com novas expectativas. Assim, com o aumento rápido da população idosa, cresce também o número de velhos portadores de várias entidades mórbidas, que são freqüentemente mais acentuadas nesta faixa etária. Este é o caso dos *déficits* cognitivos que assumem importância crescente com o avançar dos anos.

Foram consideradas as repercussões sobre a família e cuidador que, nas demências, particularmente a da doença de Alzheimer, assumem, com a evolução do quadro clínico, aspectos dramáticos. Não é justo que os familiares e o cuidador tenham, na grande maioria das vezes, que arcar com o ônus físico, emocional e financeiro de um processo que seguramente é extremamente desgastante, enquanto entidades governamentais deixem de atuar, esquivando-se do problema como se isto não fosse questão de saúde pública no país.

É preciso que recursos humanos e financeiros sejam fornecidos às famílias que têm um de seus membros com síndrome demencial. Isto é particularmente importante quando se sabe que a maioria da população brasileira não tem como sustentar os cuidados necessários que deverão ser dispensados ao paciente demenciado, nem como arcar com os procedimentos laboratoriais e de uma equipe especializada que possa prestar os cuidados necessários ao doente portador de demência. Não há ninguém hoje que, abordando a questão do idoso, não reconheça a importância de uma possibilidade objetiva de consecução de resultados, assim como não há ninguém que não reconheça as enormes limitações dos projetos de execução, quando estes se encontram condicionados à estrutura econômica vigente.

Serviços domiciliários efetivamente atuantes, com uma equipe especialmente treinada para atender a esses pacientes, e garantidos pelos governos em todos os seus níveis de atuação, seriam de grande auxílio para a população em sua maioria reconhecidamente marginalizada, que se vê impotente para cuidar de um parente ou amigo que está improdutivo, carente e totalmente dependente de cuidados. De fato, uma equipe treinada, formada por auxiliares especializados e voluntários, seria fundamental e garantiria os cuidados do paciente demenciado, enquanto os membros da família estivessem trabalhando ou desenvolvendo suas atividades rotineiras. Com isto, seria dado um importante passo para evitar institucionalizações prematuras, seguramente mais dispendiosas que os cuidados realizados no domicílio, decisão esta que na maioria das vezes parte do desespero da família de não poder assumir o seu parente doente.

É essencial também que, enquanto o paciente tiver condições, seja-lhe fornecido acesso a atendimento em unidades de saúde, pois, acima de tudo, a qualidade de vida deve ser mantida. Para atender a essas necessidades, deve-se investir nos profissionais da saúde, tornando-os capacitados a atender a essa população.

É importante adotar medidas preventivas como, por exemplo, o controle da hipertensão arterial, um dos fatores responsáveis pela incidência de múltiplos infartos cerebrais, que é uma das causas mais freqüentes de demência, mormente quando se sabe que o risco é ainda maior quando, concomitantemente, o doente é portador de *diabetes mellitus*, doenças que, freqüentemente, encontram-se associadas em pessoas idosas. Por outro lado, quando a prevenção primária não é possível, deve-se adotar medidas para a prevenção de incapacidades secundárias.

Para indivíduos com deficiência cognitiva clinicamente avançada e/ou com incapacidades físicas acentuadas, que não possuem apoio familiar e não podem ser assumidos em sua própria casa, o atendimento em residências para idosos parece ser a solução mais adequada. No entanto, quando esta medida não for possível, a solução é a institucionalização, embora se saiba que o atendimento prestado é freqüentemente precário, particularmente quando se trata de pacientes originários da população mais pobre.

A maioria dos países desenvolvidos, nos quais há a tradição de organizações voluntárias que prestam ajuda aos idosos, tendo como base o apoio direto do serviço público, nos dão o exemplo a ser seguido.

Considerações Finais

Este capítulo mostra a face dura e triste do envelhecimento marcado por uma doença devastadora, cujo resultado final é o indivíduo não ser mais dono de si mesmo e ter de passar por um árduo processo de involução, que gera dependência, cobranças, mágoas e conflitos. O responsável pelo cuidado do paciente, por sua vez, torna-se vítima implícita desta mesma doença. É preciso um compromisso mútuo entre os envolvidos para que o enfermo tenha sua qualidade de vida mantida, com conforto e dignidade. O diálogo constante e a resolução de problemas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pela equipe de saúde, junto à família, ao cuidador e ao paciente devem ser individualizados para que o benefício máximo seja alcançado.

Torna-se imperativo à sociedade a administração da questão do idoso dependente, que já produziu economicamente, no limite que seu momento histórico lhe permitiu. Por ora, é importante reconhecermos que temos para com eles uma dívida social e o empenho de chegarmos a um grau tal de perfeição, através de pesquisas, estudos e da vontade política de colocar em prática medidas pertinentes, para que não se perpetue para sempre a injustiça hoje presenciada.

Referências Bibliográficas

1. Brody E. Parent care as normative family stress. The Gerontologist; 1985; 225: 19.
2. Cattomoch L, Teber JK. The nature of elder impairment and its impact on family caregivers health and psychosocial functioning. The Gerontologist; 1976; 31: 246.
3. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literaturen and guidelines for assessment and intervention. Neurology; 1998; 51 (suppl. 1): S53
4. Eastwood MR, Rifat SL. Risk factor for dementia: a review of hypothesis and current epidemiological evidence, In: Bergener M, Reisberg B (eds.). Diagnosis and treatment of senile dementia. Berlim: Spring-Verlag; 1989. p. 33.
5. Eisdorfer C. Caregiving: an emerging risk factor for emotional and physical pathology. Bull Menninger Clin; 1991; 55: 238.
6. Ferris SH, Flicker C, Reisber B, et al. Age-associated memory impairment, benign forgetfulness and dementia. In: Bergener R, Reisber B (eds.). Diagnosis and treatment of senile dementia. Berlin: Spring-Verlag; 1989. p. 72.
7. Fox GK, Bowden SC, Bashford G. et al. Alzheimer disease and driveng: prediction and assessment driving performance. J Am Geriatr Soc; 1997; 45: 949.
8. Green RC. Alzheimer's disease and other dementing disorders. In: Joynt C (ed.). Clinical Neurology. Filadélfia: Lippencot-Raven; 1995. p. 1.
9. Green RC. Diagnostico e tratamento da doença de Alzheimer e outras demências. Rio de Janeiro: Publicações Científicas Ltda; 2001.
10. Hadjistavropaulo T, Tayler S, Tuokko H et al. Neuropsychological deficits, caregivers perception of deficits and caregivers burden. J Am Geriatr Soc; 1994; 42: 241.
11. Lindgren CL. A caregiver career. Image J Nurs Sch; 1993; 25: 214.
12. Luders SLA, Storrani MSB. Demência: impacto para família e asociedade. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 146.
13. Martin JPM, Projas CJ, Diaz AP. Familiares de enfermos com demência. Um paciente mas. Rev Esp Geriatr Gerontol; 1993; 28: 183.
14. Rebok GW. Keyl PM, Bylsma FW et al. The effects of Alzheimer diaease om drivinf-related abilities. Alzheimer Dis Assoc Disordres; 1994; 8: 228.
15. Teunisse S, Maiyke MAD, Crevel HV. Assessing the severity of dementia; patient and caregiver. Arch Neurol; 1991; 48: 247.
16. Veras RP. Estudos da saúde mental. In Veras RP (ed.). País jovem com cabelos broncos. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 198.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

28 O Sono do Idoso

Maria Filomena Ceolim

Introdução

Nathaniel Kleitman[22], em seu clássico livro *Sleep and Wakefulness,* uma revisão abrangente e extensa publicada em 1962, aponta com muita propriedade que "o sono é um tópico no qual quase todos se consideram autoridades, devido ao interesse e à experiência pessoal. É costume prefaciar livros e artigos com a afirmativa de que, apesar de ser um fenômeno familiar, nada ou quase nada se conhece realmente a respeito do sono; então, o autor (do suposto livro ou artigo) passa a explicar o sono de maneira muito simples, define sem hesitar o que constitui o sono de boa qualidade e usualmente conclui com uma receita infalível de como é possível obter o melhor tipo de sono".

Entre as contribuições de Kleitman[22], pesquisador pioneiro, encontra-se a caracterização do sono paradoxal ou de movimentos oculares rápidos, mais comumente reconhecido pela sigla em língua inglesa: sono REM (*Rapid Eyes Movement*). No século XX, na década de 1950, E. Aserinsky, estudante de pós-graduação no laboratório de Kleitman[22], identificou e descreveu características comportamentais e eletrofisiológicas peculiares a este estágio de sono, tais como a presença de movimentos oculares típicos, de atonia muscular e de outras modificações fisiológicas que o distinguem dos demais estágios de sono, e em especial dos estágios mais superficiais, uma vez que são muito semelhantes em termos de atividade elétrica cerebral.

Tecendo considerações quanto às diversas teorias a respeito do sono e de todos os conhecimentos acumulados até então a respeito do fenômeno, Kleitman[22] pergunta aos leitores quais progressos teriam realmente sido obtidos, em direção ao conhecimento da "natureza íntima e precisa do sono".

Este conhecimento ainda não foi atingido. Todavia, é inegável que nas últimas quatro décadas, desde a publicação da obra citada, progressos substanciais têm sido realizados no campo das pesquisas sobre o sono. Vários distúrbios foram identificados e descritos, como a síndrome da apnéia do sono, a síndrome do atraso de fase do sono e as perturbações provocadas pelos vôos transmeridianos (*jet lag*), entre inúmeros outros. Tratamentos para estes e outros distúrbios têm sido recomendados, testados e têm-se mostrado muitas vezes eficazes e eficientes.

A metodologia utilizada nas pesquisas também progrediu notavelmente, e não apenas no que se refere à sofisticação tecnológica do equipamento disponível. Atualmente, considera-se válido abordar o sono como um fenômeno complexo e resultante de múltiplas influências, que não pode ser reduzido a uma única forma de avaliação. Não se deve investigá-lo apenas por meio da expressão da atividade elétrica cerebral e dos fenômenos fisiológicos concomitantes, nem tampouco considerar somente aspectos psicológicos ou comportamentais; não é adequado analisar apenas os parâmetros objetivos, tantas vezes discre-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pantes da avaliação subjetiva determinada pela percepção da pessoa que dorme. Outrossim, todos estes parâmetros devem ser considerados importantes. Existe uma interação complexa entre fatores orgânicos, fisiológicos e psicológicos inerentes ao próprio indivíduo, bem como fatores culturais, sociais e do ambiente físico, que devem ser levados em consideração para uma compreensão integral não apenas do sono, mas da pessoa que dorme. Cada aspecto contribui com uma faceta para a caracterização do sono, na verdade ainda um desconhecido em sua essência.

As investigações relacionadas ao sono, em suas diversas abordagens, ainda são realizadas predominantemente com adultos jovens, porém as pesquisas relativas ao sono em pessoas idosas têm se tornado cada vez mais freqüentes, provavelmente devido ao crescente interesse em compreender o fenômeno do envelhecimento e em melhorar a qualidade de vida dos idosos, preocupações que vêm tomando força entre diversos estudiosos nas últimas décadas diante das modificações demográficas ocorridas em nível mundial.

Os conhecimentos relativos ao sono do idoso ainda revelam pontos obscuros, lacunas e controvérsias. Todavia, dados obtidos em diversas investigações apontam de maneira consistente em algumas direções, contribuindo para configurar, ainda que parcialmente, o quadro do comportamento do fenômeno na terceira idade.

Pretendemos apresentar um esboço deste quadro, relacionando conhecimentos aceitos e considerados clássicos na área, bem como fatos recentemente publicados na literatura a respeito desse assunto. Abordaremos a fenomenologia das modificações, algumas das causas propostas para as mesmas e os distúrbios que acompanham mais comumente o sono do idoso. Quanto aos possíveis tratamentos, procuraremos mencionar algo sobre a higiene do sono, sem a pretensão de fornecer as "receitas infalíveis" mencionadas por Kleitman[22]. Salientamos ainda que as generalizações devem ser encaradas com a cautela necessária, em especial quando se trata de um tópico estudado há tão pouco tempo, e no qual as características individuais têm se revelado tão importantes, como veremos adiante.

Modificações Qualitativas e Quantitativas: Visão Geral

Entre os fatores que influenciam a qualidade de vida do ser humano, um importante papel pode ser atribuído à qualidade do sono. Cabe salientar que não existe consenso entre estudiosos quanto às reais funções do sono, nem quanto ao motivo pelo qual sua privação, total ou parcial, traz danos para o indivíduo. Quanto a esses danos, também não são ainda bem definidos, bem como os riscos reais ou potenciais que acarretam para a saúde do ser humano. Contudo, é inegável que a experiência subjetiva de um sono insatisfatório ou insuficiente resulta bastante desagradável e tem reflexos de maior ou menor importância no desempenho, comportamento e bem-estar de uma pessoa durante as atividades típicas da vigília. Além de estarem associadas a uma pior qualidade de vida (podendo, neste aspecto, estar implicadas como causa ou conseqüência), as perturbações do sono representam, para os idosos em particular, fatores de risco ligados à institucionalização e à mortalidade.

Estudos populacionais realizados em diversos países (inclusive no Brasil, na cidade de São Paulo) têm demonstrado que, à medida que o indivíduo envelhece, o sono se constitui cada vez mais em motivo de queixas, e certos distúrbios do sono tendem a aparecer com maior freqüência na terceira idade do que em qualquer outra faixa etária.

Poder-se-ia argumentar que as queixas relativas ao sono são tão importantes entre os idosos, devido não ao envelhecimento em si, mas às diversas doenças associadas à idade que contribuem, direta ou indiretamente, para a perturbação do sono, embora não constituam primariamente distúrbios do mesmo. Portanto, vários trabalhos sobre o sono do idoso buscam avaliá-lo no indivíduo saudável, para que os resultados obtidos reflitam modificações ligadas ao envelhecimento, e não alterações que possam ser atribuídas a distúrbios de origem física ou psíquica.

É interessante notar que estudos realizados com idosos rigorosamente avaliados quanto ao estado de saúde física e mental e considerados sadios dentro das peculiaridades da faixa etária também revelam modificações quantitativas e qualitativas. Estas mudanças podem ser percebidas pelo idoso como perturbações e apresentadas como queixas, ou não.

As modificações apontadas com maior consistência referem-se à dificuldade de conciliar e, principalmente, de manter o sono noturno, isto é, o indivíduo demora a adormecer, uma vez deitado, e acorda muito freqüentemente durante a noite. O sono é percebido como "mais leve" e menos satisfatório. A exacerbação desta característica constitui um distúrbio primá-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rio do sono, o "Distúrbio do Início e Manutenção do Sono" (DIMS), queixa freqüente na terceira idade.

O despertar excessivamente precoce também pode estar presente e é interpretado como negativo por muitos indivíduos. Existe uma tendência aumentada a dormir durante o dia, intencionalmente ou não. Esta pode ser percebida como "normal" e até mesmo benéfica, ou como prejudicial, de acordo com a intromissão que causa na rotina do indivíduo e de como ele interpreta sua vontade de cochilar. Uma pessoa habitualmente muito ativa pode ter maior dificuldade em aceitar este comportamento.

Não existem evidências definitivas de que a quantidade necessária de sono diminua com o envelhecimento, mas os idosos parecem ter, em geral, um sono de menor duração e pior qualidade que os jovens. Isso poderia refletir, como proposto por alguns estudiosos, uma redução da capacidade para dormir e não da necessidade de sono.

A eficiência do sono, ou seja, a proporção entre o tempo que a pessoa consegue realmente dormir e o tempo dispendido no leito com o objetivo de dormir, parece estar reduzida nas pessoas de terceira idade. A dificuldade de manutenção do sono noturno contribui para a diminuição deste parâmetro, que em geral reflete a qualidade do sono.

O aspecto qualitativo parece assumir de fato maior importância, pois a duração total do sono mostra-se semelhante à dos adultos jovens. Estudos populacionais, em que foram analisados dados obtidos por meio de questionários (tratando-se, portanto, de um método que utiliza avaliação subjetiva), apontam que os idosos obtêm em média cerca de seis e meia a oito horas diárias de sono, o que não os distingue da população adulta em geral. Todavia, em estudos realizados com métodos objetivos de registro (polissonografia) foram obtidos valores menores para a duração do sono noturno, variando entre cinco e sete horas, em média. A população estudada era composta por idosos sadios residentes na comunidade, alguns ainda trabalhando regularmente e sem queixas de distúrbios de sono. A polissonografia é um método utilizado para a avaliação objetiva do sono, no qual registros de vários parâmetros fisiológicos são obtidos por meio de equipamento adequado, e será comentado com maiores detalhes no tópico seguinte. É interessante salientar que estes estudos são realizados em laboratórios apropriados para tal, em que o indivíduo dorme com vários dispositivos ligados ao seu corpo, o que torna a experiência de certa forma desagradável. Os episódios de sono diurno não são considerados, sendo quase sempre solicitado que o indivíduo evite dormir durante o dia que antecede aos registros.

Estudos realizados com métodos objetivos e subjetivos indicam também algumas diferenças entre homens e mulheres idosos, embora em diferentes direções. As mulheres, quando questionadas, queixam-se de perturbações do sono com maior freqüência. No entanto, os homens apresentam, de acordo com registros da polissonografia, um sono de pior qualidade, mais interrompido e com menor quantidade do estágios de sono profundo, como veremos adiante. Esta incoerência tem sido interpretada de diversas maneiras, sendo atribuída, por exemplo, a uma maior suscetibilidade das mulheres ao sono de pior qualidade (a privação de sono parece perturbar mais as mulheres do que os homens), ou a uma tendência das mulheres em apresentar relatos menos precisos sobre seu sono.

As interrupções freqüentes do sono noturno e a presença de episódios de sono durante o dia parecem indicar, mais que uma diminuição na quantidade de sono obtida pelos idosos, uma redistribuição do mesmo nas 24 horas, em direção a um padrão mais fragmentado. Este caráter é motivo de controvérsias. Uma visão fundamentalmente homeostática do sono sugere que os episódios de sono diurno (cochilos) apresentariam correlação positiva com as interrupções do sono noturno. De acordo com essa ótica, o idoso cochila devido às interrupções do sono noturno que são provocadas, por sua vez, pela ocorrência dos cochilos, e proporcionais a estes. Os cochilos poderiam ser devidos, por exemplo, a um estilo de vida monótono e pouco interessante, que deveria ser modificado. A ruptura do círculo vicioso "cochilo-interrupção do sono-cochilo" restabeleceria um padrão semelhante ao do adulto jovem, considerado normal. Os estudos realizados por meio de polissonografia parecem contradizer esta proposição, pois o sono diurno é geralmente proibido no(s) dia(s) anterior(es) àquele(s) em que o indivíduo será submetido a esta avaliação. A despeito disto, o sono noturno tem se mostrado interrompido nestes estudos. Uma interpretação do sono como componente de um fenômeno rítmico, o ciclo vigília/sono, atribui estas modificações a uma redução na amplitude do ritmo gerada por problemas ligados, direta ou indiretamente, ao sistema fisiológico responsável pelo controle do mesmo. A regularidade no estilo de vida da pessoa tem sido

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

apontada como uma forma de contornar satisfatoriamente este problema.

Existem ainda evidências de uma variabilidade individual muito grande no que diz respeito à quantidade de sono obtido pelos idosos, e na forma como ele se distribui nas 24 horas do dia. Alguns indivíduos dormem por períodos longos, outros por um tempo muito menor. Estudos de campo feitos com idosos dependentes nas instituições em que residiam e com idosos sadios e ativos, bem como estudos polissonográficos realizados em laboratório, também com idosos sadios, apresentam dados que revelam essa variabilidade. Devemos considerar que a marcada variabilidade inter-individual presente na população pode mascarar importantes variações nos dados obtidos para um mesmo indivíduo. Estas variações tornam-se evidentes apenas quando se realiza um acompanhamento longitudinal de cada indivíduo, com séries temporais suficientemente extensas para permitir tratamentos estatísticos apropriados. Estes estudos ainda são escassos na literatura.

As modificações mencionadas devem ser avaliadas de acordo com o impacto que provocam na qualidade de vida do ancião. Embora possam ser atribuídas ao processo de envelhecimento e encaradas assim como parte inerente ao desenvolvimento do ser humano, tais mudanças podem provocar perturbações que não devem ser negligenciadas. A orientação do idoso quanto às modificações, o exame criterioso para afastar distúrbios ligados a outros problemas de saúde que atuem como seus determinantes e alternativas voltadas para o tratamento não farmacológico dos problemas devem ser experimentados.

Modificações na Arquitetura Intrínseca do Sono

A arquitetura intrínseca do sono, isto é, a proporção que ocupam os vários estágios que o constituem, também sofre modificações com o envelhecimento, como mencionamos anteriormente. Ocorrem, principalmente, a diminuição do chamado sono profundo (estágios 3 e 4 do sono sincronizado ou sono de ondas lentas, e estágio do sono dessincronizado ou paradoxal), e aumento do chamado sono superficial (estágios 1 e 2 do sono sincronizado).

Os diferentes estágios do sono podem ser identificados no ser humano pela análise das características da atividade elétrica cerebral, cujo registro pode ser obtido com eletrodos fixados ao couro cabeludo do indivíduo e conectados a um aparelho específico (eletroencefalógrafo). Os sinais captados pelo eletroencefalógrafo devem ser amplificados, pois as ondas cerebrais têm uma amplitude medida em milionésimos de *volt* (mV). Os sinais amplificados são registrados em papel ou fitas magnéticas e o registro assim obtido é chamado eletroencefalograma. Existem critérios bem definidos para a avaliação detalhada do eletroencefalograma, que permitem a identificação dos diferentes estágios que compõem um período de sono.

Atualmente, considera-se essencial para uma análise detalhada da arquitetura intrínseca do sono a realização de um conjunto de registros, ao qual é dado o nome de polissonografia. A polissonografia inclui registros do eletroencefalograma, eletrooculograma (registro de diferenças de potencial entre a retina e a córnea, geradas pelos movimentos oculares e captadas por eletrodos colocados ao redor dos olhos), eletromiograma das regiões submentoniana e tibial anterior. Pode compreender ainda a análise de outros parâmetros, como fluxo aéreo nasal e oral, esforço respiratório, eletrocardiograma e oximetria transcutânea contínua, essenciais para a identificação da ocorrência de distúrbios respiratórios durante o sono, tais como a síndrome da apnéia do sono. Outras variáveis podem ser incluídas, de acordo com a sofisticação do equipamento de monitoração disponível. Em geral, os registros referem-se a duas ou mais noites de sono, em laboratórios especialmente equipados para realização de polissonografia. Atualmente, tem-se acelerado o desenvolvimento de equipamentos portáteis (monitores "de bolso") que possibilitam o registro destes parâmetros sem que haja necessidade de permanência em laboratório específico, propiciando uma análise de situações mais próximas da rotina do indivíduo, ou seja, mais naturais.

No indivíduo adulto jovem e sadio, uma noite típica de sono pode ser dividida em ciclos, cuja duração média é de 70 a 100 minutos. Cada ciclo se repete cerca de quatro a cinco vezes. Um ciclo típico é constituído dos vários estágios do sono sincronizado (estágios 1, 2, 3 e 4), seguidos por um período de sono paradoxal. Os ciclos de sono têm, aproximadamente, a seguinte estrutura, em uma noite de sono do adulto jovem sadio: estágio 1, 2, 3, 4, 3, 2, eventualmente estágio 1 novamente, e sono paradoxal.

O estágio 1 é uma transição entre a vigília (também chamada de estágio zero) e a sonolência, e nele predominam ondas cerebrais de baixa amplitude e alta freqüência. Ocupa cerca de 5% de uma noite

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

típica de sono. O estágio 2 pode ser considerado sono superficial, e ocupa cerca de 45% do período total de sono. No eletroencefalograma são vistas ondas de freqüência rápida e poucas ondas mais lentas, bem como os fusos de sono e os complexos K. O estágio 3 ocupa cerca de 7% do período de sono, e contém cerca de 20% a 50% de ondas delta, também chamadas de ondas lentas. O estágio 4 é caracterizado pela ocorrência de ondas lentas em proporção superior a 50%, e perfaz cerca de 13% do sono do adulto jovem. Em conjunto, os estágios 3 e 4 são chamados de sono de ondas lentas devido à predominância de ondas delta, que são ondas cerebrais de baixa freqüência (abaixo de 3,5 ciclos por segundo ou *hertz* [Hz]) e grande amplitude (acima de 75 mV). Esses estágios constituem o "sono profundo", no qual há necessidade de um estímulo externo muito intenso para despertar o indivíduo adormecido.

O sono paradoxal, por sua vez, ocorre a intervalos regulares, a cada 90 minutos aproximadamente, e está associado à ocorrência de sonhos. Ocupa cerca de 20% a 30% do período total de sono no ser humano. Sua identificação exige realização de eletrooculograma e de eletromiograma, pois os registros da atividade elétrica cerebral obtidos com o eletroencefalograma são semelhantes aos registrados no estágio 1.

À medida que o sono progride, há uma diminuição da ocorrência dos estágios 3 e 4, que predominam na primeira metade de uma noite típica de sono. O sono paradoxal e o estágio 2 predominam na segunda metade.

Embora os padrões descritos anteriormente sejam em geral aceitos para a avaliação do sono do adulto jovem, existem muitas controvérsias no que diz respeito a outras faixas etárias, especialmente os bebês e os idosos.

Os resultados de estudos polissonográficos realizados com idosos têm gerado discussão no que diz respeito às modificações que ocorrem na estrutura dos estágios de sono, bem como quanto ao significado atribuído pelos pesquisadores a essas mudanças. É necessário considerar vários aspectos que atuam como possíveis causas das discrepâncias encontradas e impedem generalizações entre os diversos estudos, tais como as diferenças entre os laboratórios que realizam as investigações, a metodologia empregada nas mesmas, a forma pela qual foram analisados os registros e também os critérios utilizados na seleção da população estudada. Este último aspecto é crucial, principalmente em se tratando de idosos, já que a idade cronológica é um critério falho se for o único utilizado.

As modificações encontradas com maior consistência no ancião, em relação aos registros obtidos com adultos jovens e sadios, são:

- diminuição da duração relativa e absoluta dos estágios 3 e 4 (sono de ondas lentas);
- redução da amplitude das ondas delta, bem como de sua quantidade (principalmente daquelas com mais de 50mV), especialmente para os homens;
- aumento relativo e absoluto da duração dos estágios 1 e 2, e alterações nas características do eletroencefalograma deste último;
- alterações na organização temporal do sono paradoxal, cuja latência está diminuída;
- diminuição da duração do sono paradoxal, em termos absolutos, sendo mantida a proporção ocupada por esse estágio;
- maior número de transições de um estágio para o outro, inclusive para a vigília;
- maior número de interrupções no sono;
- redução da eficiência do sono para cerca de 70% a 80%, com variações de acordo com sexo e idade (em adultos jovens sem queixas de insônia, este valor está em geral acima de 90%).

A respeito da diminuição da proporção dos estágios de sono profundo, observada em praticamente todos os estudos eletroencefalográficos realizados com idosos, alguns pesquisadores propõe que a amplitude das ondas delta não deve ser utilizada como critério para identificação destes estágios. A utilização de critérios baseados apenas na freqüência das ondas cerebrais permite identificar uma proporção consideravelmente maior dos estágios 3 e 4 no eletroencefalograma dos idosos. Porém, a inexistência de um critério mínimo em termos de amplitude de onda gera polêmica entre os estudiosos. Alguns consideram que, como o papel exato do sono de ondas lentas ainda é desconhecido, bem como o significado funcional e o mecanismo das mesmas, seria precoce medir os estágios de sono 3 e 4 considerando apenas a freqüência das ondas, pois a amplitude poderia constituir um caráter fundamental. Ainda, a utilização de tal critério poderia contribuir para um resultado espúrio, aumentando falsamente a quantidade dos estágios de sono profundo não só para o idoso, mas também para o adulto jovem.

O sono de ondas lentas tem sido considerado o "componente restaurativo" do sono por alguns pesquisadores, principalmente por estar associado à se-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

creção do hormônio de crescimento humano. Não há, porém, estudos que esclareçam definitivamente a função deste estágio de sono e as conseqüências de sua diminuição, como ocorre com os idosos. Em uma revisão de vários trabalhos sobre as implicações fisiológicas e psicológicas desta redução, Spiegel e col. concluíram que não existem evidências de quaisquer conseqüências com significado clínico que sejam dela resultantes.

É interessante notar que os parâmetros obtidos nos estudos polissonográficos podem explicar certas características observadas com facilidade no sono dos idosos, pela simples convivência cotidiana com esses indivíduos. Entre essas características pode-se destacar, por exemplo, o fato de que o idoso acorda muito facilmente durante a noite, com estímulos mais leves do que aqueles que seriam necessários para acordar um indivíduo jovem. Foi também demonstrado experimentalmente que o limiar auditivo para que um estímulo sonoro desperte um indivíduo diminui significativa e substancialmente com o envelhecer, em todos os estágios de sono. Esse fato confirma o conhecimento, também oriundo da experiência cotidiana, de que sons de pequena intensidade podem ser suficientes para acordar indivíduos idosos.

Podemos verificar que as modificações apontadas por meio de métodos subjetivos, ou seja, as estimativas da pessoa avaliada, encontram seus correlatos nos registros objetivos. Todavia, cabe salientar que a qualidade subjetiva do sono nem sempre se relaciona totalmente com as medidas obtidas com registros polissonográficos ou com observação comportamental. Como exemplo, podemos citar um estudo realizado com mulheres de meia-idade (40 a 59 anos), em que foi verificado que nem todas aquelas que referiam sono de má qualidade apresentavam medidas polissonográficas compatíveis com essa avaliação. Essas mulheres mostraram tendência a apresentar distúrbios psicológicos e a referir sintomas orgânicos. Por outro lado, dentre as mulheres que referiam sono de boa qualidade, 19,5% foram classificadas como tendo sono ruim, de acordo com parâmetros objetivos. Em outra pesquisa, na qual foram comparados resultados de registros polissonográficos com dados obtidos por meio de questionários, em idosas sadias, foi verificada a presença de correlação entre a existência de distúrbios psicológicos e uma avaliação mais negativa da qualidade do sono. Os autores constataram entretanto que essa avaliação era estatisticamente relacionada com os parâmetros objetivos.

Certamente, um número maior de investigações é necessário para evidenciar as relações entre a experiência subjetiva da qualidade do sono para o idoso e as medidas objetivas dos parâmetros que o caracterizam. Provavelmente, essas relações são complexas e não devem ser abordadas sob um único ponto de vista, mas de forma abrangente, incluindo fatores comportamentais e ambientais que cercam o indivíduo, bem como avaliações psicológicas detalhadas.

Modificações no Sono como Ritmo Biológico

Com o envelhecimento, alterações importantes ocorrem na distribuição típica que apresentam os períodos de sono e de vigília, ao longo das 24 horas do dia. É bastante evidente que os períodos de atividade e vigília ocorrem alternadamente com períodos de sono e repouso. Essa alternância constitui um fenômeno rítmico, conhecido como ciclo vigília/sono. O ciclo vigília/sono é um ritmo biológico, sujeito a modificações importantes durante o desenvolvimento do indivíduo, do nascimento até a morte.

Fenômenos comportamentais, fisiológicos e bioquímicos que se organizam sob a forma de ciclos, ocorrendo a intervalos regulares, são conhecidos como ritmos biológicos e estudados pela cronobiologia. Os ritmos biológicos podem ser encontrados em toda a matéria viva, e em seus diversos níveis de organização, a partir de funções bioquímicas, na intimidade das células, até na expressão de comportamentos sociais. Um dos ritmos biológicos mais estudados e documentados no ser humano é o ciclo vigília/sono.

A regularidade dos ritmos biológicos pode ser verificada quando eles são comparados com marcadores de tempo exteriores ao organismo estudado, dos quais os mais evidentes são os ciclos geofísicos, gerados pelos movimentos da Terra, que têm diversas durações, como o dia e a noite e as estações do ano. Os ritmos biológicos, porém, não são gerados pela alternância dos fatores ambientais. Sua origem é endógena e eles independem da própria existência dos ciclos ambientais, aos quais cabe servir de ponto de referência para o ajuste dos ritmos internos. Isso pode ser constatado quando, ao manter um ser vivo isolado de toda e qualquer pista temporal, isto é, submetido a condições ambientais constantes, observa-se que os eventos rítmicos continuam a manifestar seu caráter cíclico. Nestas condições, porém, a duração do ciclo (isto é, o período do ritmo considerado) passa a ser diferente

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do período do evento geofísico a que se encontrava acoplado. Diz-se que o ritmo entrou em livre curso, isto é, assumiu sua periodicidade endógena, liberado das pistas temporais provenientes do ambiente, às quais estava sincronizado. O ciclo vigília/sono, por exemplo, assume em livre-curso um período maior que 24 horas, porém próximo dessa duração.

Os ritmos biológicos podem ser classificados, de acordo com a duração de seu período, em: circadianos (ritmos cujo período é maior que 20 e menor que 28 horas, ou seja, em torno de 24 horas ou um dia), como o ciclo vigília/sono do ser humano adulto, jovem, e o seu ritmo de temperatura corporal central; ultradianos (ritmos cujo período é menor que 20 horas, ocorrendo mais de um ciclo a cada 24 horas), como os ciclos de sono paradoxal/sincronizado e os batimentos cardíacos; infradianos (ciclos cuja duração é maior que 28 horas, ocorrendo menos de um ciclo a cada 24 horas), como o ciclo menstrual em primatas e o ciclo estral em outras fêmeas de mamíferos.

O planejamento de pesquisas que visem à confirmação da existência de ritmicidade, em fenômenos de qualquer natureza, exige que as observações ou medidas do fenômeno estudado (ou de seus parâmetros) sejam realizadas de maneira apropriada, na qual o tempo deve ser reconhecido como um dos fatores mais importantes. Em uma investigação cronobiológica, além de se atender aos requisitos exigidos em qualquer investigação científica, é fundamental que os dados sejam coletados ao longo de um período de tempo suficiente, em intervalos de duração adequada, escolhidos criteriosamente. Os dados devem formar uma série temporal que cubra, no mínimo, três vezes o maior período a ser investigado. Os intervalos entre as observações ou medidas realizadas devem ser suficientemente próximos para permitir uma análise sensível e acurada das flutuações. A visualização do fenômeno pode ser obtida quando este é representado graficamente, em curvas construídas com os dados brutos representados em função do tempo. Para vários ritmos, como, por exemplo, o da temperatura corporal central, estas curvas têm um padrão que permite o ajuste de uma curva de tipo senóide sobre os dados brutos. Os principais parâmetros que caracterizam um ritmo biológico são descritos a partir dessa curva ajustada. A descrição desses parâmetros é feita com a utilização de uma terminologia semelhante à aplicada para descrever fenômenos oscilatórios em geral, que será apresentada a seguir.

O *período* é o intervalo de tempo necessário para que um ciclo se complete, isto é, para que um mesmo ponto da curva ajustada seja atingido. A *freqüência* é o inverso do período, isto é, o número de ciclos por intervalo de tempo. Os *limites* da oscilação são definidos pela diferença entre os valores máximo e mínimo da variável. O *mesor* é o valor médio dos valores obtidos para cada ponto da curva ajustada. A *amplitude* é a diferença entre o valor médio e o valor mais alto, ou mais baixo, da curva ajustada. Uma *fase* da oscilação é qualquer ponto, no eixo do tempo, medido a partir de um ponto de referência qualquer. A *acrofase* é o momento no tempo em que há maior probabilidade de ocorrência dos valores máximos do parâmetro medido, ou o intervalo de tempo entre determinado ponto de referência, tomado como instante zero, e o momento em que tende a ocorrer o ponto máximo da curva ajustada, e a *batifase*, o momento no tempo em que há maior probabilidade de ocorrência dos valores mínimos do parâmetro medido, ou o intervalo de tempo entre determinado ponto de referência, definido como instante zero, e o momento em que ocorre o ponto mínimo da curva ajustada que representa o ritmo.

O sistema fisiológico responsável pela medida da passagem do tempo e sincronização dos eventos internos do organismo entre si e com eventos ambientais é chamado de sistema de temporização circadiana. Trata-se de um sistema complexo, cuja delimitação anatômica ainda não está completamente determinada nos seres humanos, sabendo-se que é relacionado a estruturas ou sistemas neurais.

As relações temporais entre os diversos ritmos em um organismo compõem o que atualmente se define como Ordem Temporal Interna. O papel de uma possível degeneração do sistema de temporização circadiana e a conseqüente desorganização temporal do indivíduo, no processo de envelhecimento dos seres vivos tem sido cada vez mais objeto de estudo e questionamento. Vários autores têm demonstrado que, com o envelhecimento, ocorrem modificações nos diversos parâmetros que caracterizam os ritmos biológicos. Há mudanças no mesor, na amplitude, na acrofase ou batifase de ritmos hormonais, de proteínas plasmáticas e de enzimas diversas, por exemplo.

O ciclo vigília/sono, um dos ritmos biológicos mais evidentes, é também uma das expressões mais importantes da organização temporal do indivíduo, e as modificações que sofre refletem, provavelmente, mudanças que ocorrem no próprio sistema de temporização circadiana. Algumas das modificações que acompanham o envelhecimento serão comentadas a seguir, cabendo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

acrescentar que sua natureza e significado ainda não se encontram completamente determinados.

Com o envelhecimento, o padrão monofásico típico do adulto jovem, em que o sono é concentrado em um único episódio que ocorre durante a noite, tende a dar lugar a um padrão mais fragmentado, cujos episódios se distribuem durante o dia e a noite, em diferentes proporções. As freqüentes interrupções observadas no sono noturno, somadas à tendência ao sono diurno ("cochilo"), que aumentam acentuadamente com a idade, conferem ao sono do idoso este caráter polifásico, que pode ser interpretado como um declínio da amplitude do ritmo.

É bastante conhecido pelos cronobiologistas o fato de que os indivíduos adultos jovens submetidos aos mesmos sincronizadores sociais exibem um padrão bastante semelhante em seus ritmos biológicos, entre os quais o ciclo vigília/sono. Pistas ambientais extremamente importantes para os seres humanos, para a sincronização desses ritmos, vêm da organização social na qual eles se inserem. Os seus compromissos como, por exemplo, os horários de trabalho, contribuem para a expressão de um determinado padrão de sono, geralmente bastante regular, nestes indivíduos jovens e sadios.

Os idosos, em sua grande maioria, já não possuem essa importante pista ambiental, e podem não ter interesse, motivação ou necessidade de manter horários regulares para levantar-se, deitar-se, alimentar-se e outras atividades, o que dilui a força de sincronização dos estímulos sociais para eles, contribuindo para uma redução na amplitude de alguns ritmos nestes indivíduos. Esta se constitui talvez na modificação encontrada com maior freqüência na terceira idade, no que diz respeito aos ritmos biológicos.

Observações oriundas da simples convivência com idosos permitem verificar, nesta faixa etária, uma tendência a escolher horários mais precoces para suas atividades. Trabalhos feitos com modelos animais sugerem que essa tendência seria decorrente de uma redução no período dos ritmos circadianos que pode ser observada quando o animal é mantido em livre-curso, e que parece ocorrer com o envelhecimento. Em conseqüência, seria necessário um avanço de fase do sistema circadiano para se ajustar à periodicidade do ambiente e da organização social, que é de 24 horas, determinando horários precoces para o início do sono e para o despertar, por exemplo.

A luz natural já foi considerada um fator de importância discutível como elemento arrastador dos ritmos biológicos de seres humanos, cuja capacidade de manipulação do ambiente os torna relativamente independentes dos recursos ambientais, especialmente nas sociedades industrializadas dos dias contemporâneos. É indubitável que os ritmos biológicos do homem estão sincronizados a um período de 24 horas, que corresponde ao dia solar. Persistem dúvidas, no entanto, a respeito da ação específica da luz sobre o sistema de temporização circadiana humano. Pesquisadores indagam se a luz natural agiria diretamente sobre esse sistema, provocando um ajuste dos osciladores endógenos, ou se teria influência apenas sobre o ritmo comportamental de atividade e repouso, e este seria o responsável pelo arrastamento dos demais ritmos. Em um experimento clássico, Czeisler e col.[10] verificaram que a exposição à luz artificial brilhante, equivalente à intensidade luminosa de uma manhã ensolarada (sete mil a dez mil lux) foi capaz de provocar uma mudança de fase nos ritmos da temperatura corporal central e da secreção de cortisol de uma mulher de 66 anos de idade, sem que ocorressem modificações na expressão comportamental de seu ciclo vigília/sono, sugerindo uma ação direta da luz sobre os osciladores endógenos. Diversos estudos confirmaram, desde então, o papel da luz intensa sobre a qualidade do sono dos seres humanos, com resultados benéficos; para os idosos, há estudos que sugerem que a exposição à luz natural intensa estaria relacionada à melhor qualidade do sono.

No adulto jovem sadio a temperatura corporal central é um ritmo que apresenta relação de fase estável com o ciclo vigília/sono, o que é denominado de sincronização interna. O ritmo circadiano da temperatura central acompanha o ritmo de vigília/sono de maneira a poder se constituir em uma indicação confiável da sincronização interna do indivíduo. A batifase da temperatura central ocorre à noite, em relação de fase estável com o meio período de sono.

O meio período de sono pode ser calculado a partir do intervalo entre o início e o final do sono noturno, dividindo-se este intervalo por dois e somando-se o horário de início do sono ao resultado. Por exemplo, para um indivíduo que inicia o sono às 22h e desperta às 6h, o meio período de sono ocorre às 2h da madrugada, pois (8 horas/2) + 22h = 2 horas.

A perda da estabilidade entre meio período de sono e batifase da temperatura, conhecida por dessincronização interna, ocorre em adultos jovens submetidos, por motivos diversos, a uma desorganização em suas rotinas, devido a horários conflitantes, como

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

os impostos por trabalho em turnos alternantes, ou por vôos transmeridianos que atravessam vários graus de longitude. A persistência da dessincronização interna costuma resultar em prejuízos mais ou menos importantes para a saúde do indivíduo.

Existem sugestões de que mudanças na relação de fase entre os ciclos de vigília/sono e da temperatura central, no idoso, indicariam deterioração no sistema que controla tais manifestações rítmicas no organismo. Seriam responsáveis, também, a variabilidade do padrão do ciclo vigília/sono no sujeito velho, em relação ao jovem, devido à força progressivamente diminuída dos estímulos sociais como sincronizadores. Isso pode ser resultante de três fatores, atuando isoladamente ou em diferentes combinações: a insuficiência qualitativa ou quantitativa desses estímulos (ou pistas temporais); a diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos, responsáveis pela recepção das pistas temporais provenientes do ambiente; e a dificuldade do sistema de temporização circadiana em promover o ajuste dos ritmos, de acordo com as pistas temporais do ambiente, condição que é conhecida como dessincronização externa.

Monk e col.[27] verificaram, em idosos sadios residentes na comunidade, ritmos de atividade mais regulares do que os de um grupo controle formado por indivíduos jovens. Como os idosos apresentaram um sono de pior qualidade em relação aos jovens, de acordo com parâmetros objetivos e subjetivos, os autores sugerem que o idoso apresentaria maior dificuldade em perceber as pistas temporais externas. A manutenção de rotinas regulares teria a função de compensar essa deficiência, funcionando como estímulo adicional para a sincronização, que poderia ser prejudicada pela ausência de pistas temporais bem definidas.

Há tendência também na busca de diferenças relativas ao sexo do indivíduo ao se estudar a relação entre o ciclo vigília/sono e o ritmo da temperatura central no idoso, como possível forma de explicação quanto ao fato do número de queixas sobre o sono ser maior em mulheres idosas, em relação aos homens na mesma faixa etária. Em estudos sobre a relação de fase entre temperatura central e ciclo vigília/sono em idosos sadios de ambos os sexos, foram encontradas diferenças significativas na relação entre batifase da temperatura e meio período de sono, de acordo com o sexo do indivíduo. As mulheres exibiam a batifase da temperatura antes do meio período de sono, bem como elevação mais precoce e abrupta da temperatura. Suas queixas referiam-se, principalmente, a um período de sono noturno diminuído, e ao despertar precoce. O número de queixas foi maior entre as mulheres do que entre os homens, embora na mesma faixa etária.

Há também trabalhos mostrando que, em indivíduos idosos, a temperatura central exibe ritmo circadiano, tanto em condições normais de arrastamento (indivíduos submetidos às mesmas pistas temporais em seu ambiente), como em livre-curso (ausência de pistas temporais). Em geral, foram encontradas diferenças quanto ao mesor, à amplitude e à acrofase, em relação ao adulto jovem, porém os resultados obtidos não apontam em uma única direção, mostrando-se mesmo contraditórios. Há autores que referem ter encontrado diminuição na amplitude do ritmo de temperatura, mas nenhuma modificação quanto à acrofase; outros verificaram redução da amplitude predominantemente nos homens, e ocorrência mais precoce da acrofase e da batifase, principalmente nas mulheres. Tem sido relatada ainda redução no mesor, principalmente para o sexo feminino. Estudos com idosos em livre curso mostraram ritmo de temperatura com período menor do que o encontrado em jovens, em condições semelhantes de ausência de pistas temporais. Uma interpretação apropriada de todos esses achados aguarda estudos complementares.

Um aspecto que não pode ser esquecido é o fato de o idoso em particular e a sociedade em geral não reconhecerem a possibilidade de que as modificações observadas no sono sejam devidas a um acontecimento natural, tão previsível e normal quanto o próprio envelhecimento. A expectativa de manutenção do mesmo sono noturno ininterrupto de quando mais jovem, e a não realização da mesma pode gerar angústia e ansiedade para o idoso, contribuindo para diminuir ainda mais a qualidade do sono. Um papel fundamental dos profissionais de saúde pode estar ligado à orientação correta do idoso e de seus familiares ou cuidadores quanto a essas mudanças que em geral acompanham o envelhecer.

Distúrbios Indiretamente Ligados ao Envelhecimento

Procuramos enfatizar que algumas modificações nos padrões de sono do idoso parecem ser conseqüência inevitável e direta do envelhecimento, e não devem ser consideradas perturbações. Outrossim, não devem ser negligenciadas se atuam negativamente sobre a qualidade de vida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Entretanto, há vários distúrbios do sono que podem ser provocados por fatores ligados indiretamente ao envelhecimento, embora não sejam exclusivos deste. Entre estes distúrbios, podemos citar:

- síndrome da apnéia do sono;
- síndrome das pernas inquietas;
- síndrome dos movimentos periódicos das pernas;
- distúrbios associados à presença de doenças e disfunções orgânicas;
- iatrogenias;
- insônia psicofisiológica;
- distúrbios psiquiátricos;
- fatores sociais e ambientais.

A síndrome da apnéia do sono consiste em vários episódios de parada da respiração durante o sono, por dez segundos ou mais, resultando em hipoxemia (queda da saturação de oxigênio arterial) e determinando interrupções breves e freqüentes do sono, das quais o indivíduo pode lembrar-se ao acordar pela manhã ou não. A apnéia do sono pode ter origem central (disfunção dos centros que controlam a respiração no sistema nervoso central), ou ser de causa obstrutiva (obstruções causadas em geral por flacidez muscular) ou mista (combinação de ambas). A definição de parâmetros para a gravidade da síndrome é, até certo ponto, controversa. A ocorrência de cinco episódios ou menos por hora caracteriza um quadro leve; acima deste valor, aumentam os riscos de morbidade, e a ocorrência de dez ou mais episódios parece associado a um risco aumentado de mortalidade. Estes critérios não estão completamente validados para idosos.

A exata associação da síndrome com o envelhecimento ainda não está determinada, ou seja, não parece adequado supor relações de causalidade, pelo menos unidirecional. Estudos transversais mostram que a presença desta síndrome é mais comum em pessoas idosas, especialmente com mais de 60 anos, e mais freqüente entre os homens do que entre as mulheres. É interessante notar que as mulheres idosas têm o sono de ondas lentas melhor preservado. Os estágios 3 e 4 do sono parecem estar associados à menor ocorrência da apnéia do sono, o que leva alguns autores a sugerir que o sono de ondas lentas seria um fator de proteção contra esta condição.

Alguns fatores causais têm sido associados à síndrome, como a obesidade e o consumo de álcool e nicotina. A tentativa de distinguir fatores preditivos que permitam o diagnóstico clínico da síndrome da apnéia do sono não tem gerado resultados totalmente satisfatórios, porém acredita-se que a presença de roncos e engasgos durante o sono, a sonolência diurna e a obesidade sejam aspectos importantes a serem investigados. A polissonografia é o exame que permite o diagnóstico da condição.

Hipertensão, obesidade, arritmias cardíacas e outros distúrbios cardiovasculares têm sido apontados como correlatos da síndrome da apnéia do sono. As conseqüências desta síndrome para os idosos não são ainda bem compreendidas, embora estudos apontem que são semelhantes às evidenciadas para o adulto mais jovem. Há sugestões de que as formas mais suaves, encontradas em grande parte da população desta faixa etária (em até 50%, segundo alguns estudos) não teriam significado clínico. Por outro lado, diversas investigações têm demonstrado, cada vez mais, a associação entre apnéia do sono e a ocorrência de distúrbios cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, ao prejuízo das funções cognitivas e da memória, e mesmo a quadros demenciais. Recentemente, a síndrome da apnéia do sono foi apontada como um fator de risco para a hipertensão e para as doenças cardiovasculares. Outro risco importante está ligado ao uso de sedativos e hipnóticos, que poderiam dificultar o "despertar" necessário à retomada da respiração, levando à morte por apnéia prolongada.

O tratamento desta síndrome deve ser relacionado à freqüência e gravidade do distúrbio, e às suas implicações, tais como sonolência diurna e distúrbios orgânicos.

A síndrome das pernas inquietas é caracterizada como uma necessidade de movimentar as pernas com força devido a parestesias, descritas como "sensações desagradáveis" intensas. Esta condição resulta em dificuldade em iniciar o sono. A etiologia da síndrome não é bem conhecida, assim como o motivo de sua freqüência aumentar com o envelhecimento.

A síndrome dos movimentos periódicos das pernas (mioclono noturno) consiste na ocorrência de movimentos musculares de flexão das pernas e pés, rápidos e estereotipados, em geral causadores de interrupção do sono, recordada posteriormente pelo indivíduo ou não. É freqüentemente associada à presença da síndrome das pernas inquietas, e muito mais encontrada entre os idosos, embora ocorra também em indivíduos mais jovens. Os motivos desta freqüência maior da síndrome entre os idosos, bem como de seu significado em termos de morbidade ainda estão sendo investigados. Não há confirmação da existên-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cia de relações causais entre a presença do mioclono noturno e as queixas de distúrbios do sono, encontrando-se na literatura sugestões de que poderiam apenas coexistir. A etiologia da síndrome ainda não está determinada, sendo propostos alguns mecanismos, entre os quais o declínio nos receptores de dopamina, insuficiência venosa e atividade simpática exacerbada, e declínio da função renal, todos ainda sem confirmação.

São inúmeras as doenças e disfunções orgânicas que podem causar perturbações no sono do idoso, e entre elas citamos:

- dores de diversas origens, como as causadas por doenças articulares (artrite, por exemplo), mialgias, angina pectoris, neuropatias, vasculopatias periféricas, úlceras pépticas, entre outras;
- refluxo gastro-esofageano de várias etiologias;
- dispnéia, muitas vezes exacerbada durante a noite, cujas causas podem ser a disfunção pulmonar obstrutiva crônica e a insuficiência cardíaca congestiva, por exemplo;
- doenças degenerativas do sistema nervoso central (como a doença de Parkinson, por exemplo);
- *diabetes mellitus*;
- hipo e hipertireoidismo;
- incontinência urinária e prostatismo;
- nictúria, ou o aumento da freqüência das micções durante a noite, que não constitui uma disfunção ou doença, mas uma consequência de modificações orgânicas e fisiológicas que acompanham o envelhecimento.

No que diz respeito às iatrogenias, várias drogas, ainda que corretamente utilizadas, podem estar implicadas nos distúrbios do sono do idoso. Dentre elas, podem ser destacados, pela freqüência com que são prescritos para os anciãos, os diuréticos, os anti-hipertensivos (beta-bloqueadores, metildopa), os antiinflamatórios e, paradoxalmente, os sedativos e hipnóticos. Também estão implicados teofilinas, simpatomiméticos, antiparkinsonianos, esteróides, anticolinérgicos, cimetidina e ranitidina, quimioterápicos, entre outros.

A insônia psicofisiológica, também chamada de comportamental ou aprendida, está relacionada a estados de ansiedade, desencadeados por conflitos emocionais aos quais os idosos geralmente são bastante suscetíveis. Vários comportamentos inadequados estão associados a este distúrbio, tais como expectativas negativas quanto ao sono e à fadiga no próximo dia, hábitos de sono irregulares e ansiedade gerada por deter pensamentos em problemas e situações de conflito, reais ou imaginários, ao deitar-se para dormir.

Dentre os distúrbios psiquiátricos, mencionaremos a depressão e a doença de Alzheimer, que costumam ser acompanhados de alterações importantes do padrão habitual de sono. Os idosos com doença de Alzheimer apresentam sono noturno bastante fragmentado, com interrupções freqüentes muitas vezes acompanhadas por distúrbios do comportamento, e sonolência diurna excessiva. Quanto à arquitetura intrínseca, parece haver uma diminuição acentuada dos estágios 3 e 4 e do sono paradoxal. Um dos aspecto mais dramáticos dos distúrbios de sono na demência é a "síndrome do pôr–do-sol" (em inglês, *sundowning*), em que certos comportamentos são exacerbados ao cair da noite. Manifestam-se, principalmente, delírio, desorganização do pensamento e da fala, caminhar sem propósito, inquietude e agitação. Durante o dia costuma haver sonolência excessiva. Esta síndrome é uma causa importante de institucionalização do idoso demente, pois o sono do(s) cuidador(es) também é bastante prejudicado. É interessante observar que as perturbações do sono nos quadros demenciais sugerem uma exacerbação das modificações aceitas como normais para o sono no envelhecimento.

A depressão parece uma causa importante de perturbação do sono no envelhecimento, que por sua vez é acompanhado de circunstâncias que podem predispor com maior facilidade a essa condição (tais como perda do cônjuge, dificuldades financeiras, abandono e outras). Os indivíduos deprimidos relatam dificuldade em conciliar e manter o sono noturno e, principalmente, o despertar muito precoce pela manhã. A latência para o sono paradoxal está diminuída e a proporção deste estágio de sono está aumentada.

Quanto aos fatores sociais e ambientais passíveis de contribuir para a perturbação do sono, mencionaremos alguns dentre os vários que podem ser observados com freqüência nas circunstâncias de vida dos idosos: morte do cônjuge, solidão, abandono, aposentadoria, insegurança financeira, internação em instituições (asilos, clínicas de "repouso"), assistência à saúde ausente, insuficiente ou incorreta. Estes fatores estão associados, muitas vezes, à inadequação de outros, relativos, por exemplo, ao ambiente físico (impróprio no que diz respeito à temperatura, iluminação, ruídos, mobiliário, condições de segurança) e ao próprio comportamento do ancião (hábitos irregulares, ausência de atividade física, monotonia do cotidiano,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

alimentação incorreta, uso de álcool e auto-medicação, entre outros).

Avaliação do Sono no Idoso: Questões de Quantidade e Qualidade

A avaliação do sono e das possíveis queixas a ele relacionadas deve ser cuidadosamente considerada pelo profissional de saúde, antes de qualquer encaminhamento ou indicação terapêutica. Esta avaliação deve ser a mais abrangente possível, uma vez que as queixas relacionadas ao sono podem ter como fator causal outros distúrbios da saúde do ancião, como já mencionamos anteriormente.

A abordagem deste tópico, bem como a seqüência de métodos de avaliação a serem utilizados devem ser cuidadosamente consideradas. Os estudiosos recomendam que a avaliação inicial deve incluir necessariamente algumas questões: a satisfação do idoso com a qualidade do seu sono; a presença de sonolência ou fadiga durante o dia; e queixas relatadas pelo companheiro de leito ou outras pessoas que observem o sono da pessoa. Respostas que indiquem a presença de problemas devem merecer uma investigação mais detalhada quanto ao início, gravidade, duração e padrão da queixa, visando a estabelecer as hipóteses para diagnóstico.

Um "diário de sono" pode ser solicitado, para ser preenchido durante uma ou preferencialmente duas semanas, fornecendo dados sobre: horários de dormir e despertar; latência estimada para o início do sono; número, motivo e duração das interrupções do sono; número e duração de sestas ou "cochilos"; estimativas da qualidade do sono e sensação de bem-estar ao despertar; presença de sonolência durante o dia. Estas informações devem contribuir para delinear um quadro quantitativo e qualitativo, indicando como é a percepção do idoso a respeito do sono e de sua influência sobre o período de vigília, contribuindo para a identificação de distúrbios do sono enquanto fenômeno rítmico.

Informações obtidas do companheiro de cama ou de outra pessoa que possa observar o idoso durante o sono podem ser valiosas para sugerir a presença da síndrome da apnéia do sono e dos movimentos periódicos das pernas, por exemplo, levando a aprofundar as investigações neste sentido.

O exame físico e a história das queixas relacionadas à saúde são parte fundamental na investigação das perturbações do sono, pois muitas vezes estas são determinadas por fatores indiretamente ligados ao envelhecimento, como já abordamos anteriormente. A possibilidade de distúrbios orgânicos ou psíquicos serem os responsáveis pela etiologia das perturbações do sono merece investigação cuidadosa, pois o tratamento poderá ser adequadamente orientado para a causa do problema, e não para seu efeito.

Os eventos potencialmente perturbadores que tenham ocorrido na vida do ancião, tais como perda do cônjuge, aposentadoria, institucionalização ou outros que impliquem em mudanças de hábitos devem ser investigados, bem como a data em que aconteceram, pois podem constituir a origem das queixas sobre o sono ou parte significativa das mesmas.

Enfim, a qualidade da vigília deve ser investigada. Além das condições de saúde, deve haver preocupação em conhecer as condições de lazer, a prática de exercícios físicos, a interação social, a alimentação, todos fatores que, sendo típicos da vigília, podem contribuir decisivamente para a qualidade do sono.

O ambiente físico em que o idoso dorme também é importante: temperatura, iluminação, sons, presença de outrem, características do leito, segurança do local, são aspectos que devem fazer parte do questionamento. Também é necessário determinar se o idoso possui uma rotina estabelecida que precede o ato de deitar-se para dormir, qual a regularidade destes hábitos, e sua possível influência na qualidade do sono.

A avaliação do sono por métodos que exijam a utilização de aparelhagem complexa e sofisticada, controlada por pessoal especializado, como a polissonografia, não deve ser utilizada para a avaliação rotineira das queixas sobre o sono, porém utilizada com critério quando necessária. O método é caro e até certo ponto desconfortável, especialmente para o idoso, pois é necessário que a pessoa durma em laboratório especializado por mais de uma noite, para excluir vieses devidos ao "efeito da primeira noite", com vários eletrodos e dispositivos conectados ao seu corpo.

A indicação da polissonografia deve ser precedida da investigação completa e criteriosa que mencionamos acima. Segundo Prinz e col.[38], a decisão de encaminhar o idoso para este tipo de avaliação está relacionada a diversos fatores, tais como: a facilidade de acesso ao local em que o exame é realizado; a possibilidade de arcar com os custos do mesmo, se não houver disponibilidade em serviço gratuito; a probabilidade de um diagnóstico definitivo; a gravidade e duração do distúrbio que motivou a queixa,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

bem como seus reflexos no cotidiano; e a presença de riscos que signifiquem ameaça à vida.

A realização desse exame contribui na revelação de condições muitas vezes insuspeitas, como a síndrome da apnéia do sono ou dos movimentos periódicos das pernas; no diagnóstico diferencial das parassonias; e na avaliação dos distúrbios que acompanham a depressão e quadros demenciais. Constitui sem dúvida um importante instrumento de diagnóstico que não deve ser subutilizado.

Sugestões

Visto que as perturbações do sono têm origens tão variadas e podem ser determinadas por múltiplas causas, parece-nos desnecessário dizer que o tratamento deve ser orientado de acordo com a etiologia, e esta, completa e exaustivamente investigada.

A sensação de não dormir bem, ou não dormir o suficiente, pode levar os idosos a ingerir medicamentos diversos para dormir, inclusive sem prescrição médica. Esses indivíduos são responsáveis por um grande consumo desses medicamentos, mas sua utilização não assegura um sono de melhor qualidade. Concomitantemente, modificações metabólicas e funcionais próprias da idade sujeitam a pessoa idosa aos efeitos colaterais desses remédios, e mesmo a uma indesejável manutenção dos efeitos de sonolência diurna, aumentando a possibilidade de quedas e complicações adicionais importantes. A administração de medicação de efeito sedativo ou hipnótico deve ser acompanhada de avaliação quanto aos benefícios e riscos, adequadamente calculada e criteriosamente fundamentada. Cada vez mais é encontrada na literatura a recomendação de que a utilização de sedativos ou hipnóticos para o tratamento dos distúrbios do sono não seja a primeira alternativa considerada.

Algumas recomendações práticas para a prescrição de hipnóticos a pacientes idosos são sugeridas por Swift e Shapiro[48]:

- limitar o uso a períodos em que há maior estresse;
- prescrever uma dose específica, e nunca "um ou dois comprimidos";
- iniciar com doses pequenas;
- aconselhar o uso apenas "quando necessário" em vez de habitual;
- se possível, estabelecer um período para o tratamento (por exemplo, três ou quatro semanas);
- rever freqüentemente os efeitos, em especial efeitos colaterais indesejáveis;
- ter como objetivo a suspensão da droga em curto prazo.

Distúrbios como a síndrome das pernas inquietas e dos movimentos periódicos das pernas exigem, quando acentuados, tratamento farmacológico, sendo recomendados benzodiazepínicos e L-dopa.

O tratamento da síndrome da apnéia do sono desperta inúmeras controvérsias. Um aspecto relevante é a cautela com o uso de hipnóticos, os quais podem ter sérias conseqüências, levando mesmo à ocorrência de parada respiratória, de acordo com alguns autores. Segundo a literatura, são opções para o tratamento desta condição, em seqüência segundo sua gravidade:

- orientações quanto ao comportamento do indivíduo: evitar dormir em decúbito dorsal; tentar a perda de peso; evitar o uso de álcool, fumo e drogas hipnóticas e sedativas;
- uso de drogas estimulantes da respiração;
- uso de dispositivos mecânicos na língua e dentes;
- uso de dispositivos de pressão positiva contínua nas vias aéreas *(CPAP - Continuous Positive Airway Pressure)*;
- cirurgia para desobstrução das vias aéreas;
- traqueostomia.

As perturbações do sono associadas à presença de doenças e disfunções orgânicas e aos distúrbios psiquiátricos são tratadas quando a origem do problema é corrigida, o que parece óbvio, mas não é todavia simples. O mesmo pode ser dito quanto às iatrogenias.

Não nos cabe a discussão do tratamento clínico, farmacológico ou não, dos distúrbios do sono do idoso, assunto que naturalmente foge ao nosso conhecimento. Os dados que apresentamos anteriormente são os relacionados pela literatura recente sobre o assunto. Sugerimos ao leitor a consulta aos artigos relacionados no item Bibliografia, para informações específicas quanto a estes aspectos.

É necessário incluirmos aqui considerações sobre a higiene do sono e as técnicas de tratamento não-farmacológico que podem ser utilizadas para obtenção de sono de melhor qualidade. Utilizando as palavras de Kevin Morgan[29], enfatizamos que não há intenção de apresentar "receitas de como dormir melhor", mas apontar algumas opções à abordagem farmacológica, às vezes utilizada em excesso.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No livro a que já nos referimos anteriormente, Kleitman[22] utiliza a expressão "higiene do sono" referindo-se a um conjunto de hábitos e comportamentos que auxiliam a melhorar ou manter a qualidade do sono. Várias recomendações podem ser feitas neste sentido, abrangendo hábitos regulares, atividade e ambiente físicos.

A manutenção de hábitos regulares parece contribuir para que o idoso tenha um sono de melhor qualidade e mais consolidado. Foi demonstrado que, em indivíduos jovens que mantém hábitos regulares, a qualidade subjetiva do sono é melhor. Os idosos também parecem se beneficiar desta regularidade, embora ainda sejam necessárias investigações que comprovem este fato. Acredita-se que a ausência de uma rotina diária bem estruturada poderia contribuir para uma redução na amplitude do ritmo de vigília/sono, acentuando a fragmentação deste último e os problemas daí decorrentes.

Alguns estudos têm demonstrado que idosos com quadros demenciais e fragmentação acentuada do sono obtêm um sono mais consolidado e efeitos benéficos quando submetidos a uma rotina diária estruturada.

Recomenda-se que o idoso procure estabelecer horários e rotinas regulares para deitar-se e despertar, bem como hábitos que "sinalizem" a aproximação do horário de dormir, tais como o preparo do leito, roupa apropriada, banho morno, e outros de acordo com sua preferência. Assim também deve ser organizado o seu cotidiano, em termos de horários de refeições, lazer, atividade física e outros.

Quanto ao sono diurno, existe discordância entre os estudiosos quanto ao seu caráter benéfico ou prejudicial. Alguns atribuem os cochilos do idoso a "puro aborrecimento", pois esse indivíduo em geral não tem atividades interessantes a desempenhar durante o dia que o mantenha acordado. Acreditam que o cochilo diurno deve ser desencorajado, e estabelecido para o idoso um programa regular de exercícios e lazer, que contribuiria para a melhor qualidade do sono noturno.

Entretanto, é necessário avaliar cuidadosamente os horários, duração e efeitos do sono diurno no idoso ao considerar seus padrões de sono, antes de simplesmente tentar modificá-los. Um episódio de sono diurno em horários regulares pode resultar em sensação de bem-estar e não parece, de fato, contribuir para fragmentar o sono noturno. Um fator cultural importante merece ser lembrado na apreciação do sono diurno. A este respeito, há relatos de pesquisas feitas em países onde a sesta é um costume nacional, que não demonstraram que seus adeptos tivessem sono noturno de pior qualidade, ou pior desempenho durante o dia. Resultados semelhantes foram obtidos em estudo realizado no Brasil, com idosos sadios e ativos que incluíam o hábito de cochilar no seu cotidiano e tinham sono noturno de boa qualidade.

As rotinas em torno das quais cada sociedade se organiza são fenômenos cíclicos que constituem poderosos sincronizadores dos ritmos circadianos para os seres humanos nela inseridos. Essas rotinas expõem os indivíduos a diversos tipos de sinais regulares, como luz, ruídos, odores e contatos sociais. É fundamental considerar a interpretação que cada indivíduo atribui a essas pistas temporais de cunho social, isto é, a sua motivação em atender a esses sinais. Um sincronizador efetivo para um indivíduo pode não sê-lo para outro. Portanto, antes de se empreender esforços no sentido de regularizar o ciclo vigília/sono do idoso, através do planejamento de rotinas regulares, deve-se considerar o significado que o indivíduo atribui aos diferentes estímulos oriundos do ambiente, para aumentar a probabilidade de selecionar aqueles que venham a funcionar como sincronizadores eficazes.

Gostaríamos de abordar ainda, dentro deste item, a questão do hábito de alimentar-se ou ingerir líquidos antes de dormir. Parece tratar-se de um ponto extremamente pessoal, embora algumas recomendações gerais possam ser apresentadas.

A ingestão de alimentos leves antes de dormir não é necessariamente prejudicial para o idoso, especialmente se é um hábito antigo e se o indivíduo não possui disfunções do trato alimentar, tais como o refluxo gastro-esofageano. Na presença deste distúrbio, deve ser contra-indicada. A ingestão de líquidos deve ser avaliada mediante à presença de nictúria ou incontinência urinária; se presentes, pode ser adequado que o ancião restrinja a ingestão de líquidos algumas horas antes de deitar-se. O horário de tomada de diuréticos, se prescritos, deve ser avaliado também. Acredita-se que alguns líquidos, como o leite, auxiliem a conciliar o sono, mas estudos recentes parecem indicar que isto não é uma verdade para todas as pessoas. Bebidas com cafeína, tais como café, chá-preto e mate e alguns refrigerantes possuem propriedades estimulantes e devem ser evitados em horários próximos ao de dormir. O mesmo pode ser dito a respeito dos cigarros e do álcool, que não são adequados em momento algum, embora reconheçamos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a dificuldade em modificar hábitos há muito estabelecidos. De qualquer forma, orientação cuidadosa e explicações detalhadas devem ser oferecidas a respeito.

A atividade física regular costuma ser indicada como fator de influência positiva sobre a qualidade do sono, inclusive do idoso. A concepção de que o desempenho de exercícios influencia positivamente a qualidade do sono parece ser devida à proposição de que o sono teria o papel de compensar as energias perdidas durante a vigília e, portanto, maiores níveis de atividade durante a vigília resultariam em aumento de profundidade e duração do sono subseqüente.

Recomenda-se principalmente que os exercícios sejam feitos com regularidade e critério, e que sejam adequados às condições de saúde do idoso. Não parece haver benefícios oriundos da prática de exercícios intensos, especialmente em indivíduos não acostumados a eles, sendo aconselhada moderação. Os horários para a sua prática devem ser cuidadosamente considerados, indicando-se que sejam realizados várias horas antes de dormir. Embora o período da manhã tenha sido tradicionalmente recomendado, consideramos importante destacar que estudos sobre ritmos biológicos têm apontado riscos presentes neste horário, quando ocorrem as acrofases da pressão arterial, da viscosidade sangüínea e da agregabilidade plaquetária, aumentando a probabilidade de acidentes vasculares cerebrais e cardiovasculares. Intuitivamente, parece óbvio que os exercícios físicos são benéficos para o sono. Quanto aos horários e à intensidade dos mesmos, são mais indicados como os exercícios de leve ou moderada intensidade, executados ao final da tarde.

Embora estudos que utilizaram métodos objetivos tenham sido incapazes de demonstrar claramente os efeitos diretos do desempenho habitual ou esporádico de exercícios físicos sobre a duração do sono total ou do sono de ondas lentas, tanto em indivíduos com ótimo condicionamento físico como naqueles de vida sedentária, a melhoria subjetiva na qualidade do sono é apontada por diversos autores, enfatizando o papel benéfico da atividade física.

Há sugestões de que o exercício traz vários benefícios para a saúde física e mental do idoso, destacando-se entre eles o aumento da capacidade funcional, da independência e dos sentimentos de bem-estar e auto-estima. Deve-se enfatizar que, apesar dos efeitos fisiológicos dos exercícios sobre o sono constituírem ainda uma incógnita, os efeitos psicológicos são positivos e devem ser cuidadosamente considerados.

O desempenho de atividades físicas também propicia maior exposição à luz do sol, que recentemente tem sido considerada um importante sincronizador dos ritmos biológicos do ser humano. Supõe-se que a exposição ao sol atue de forma benéfica, ajudando na regularização do ritmo circadiano de secreção de melatonina, promovendo ajustes na relação de fase entre o ciclo vigília/sono e a temperatura corporal central, auxiliando na consolidação do padrão de sono do idoso, e contribuindo assim para um sono de melhor qualidade.

A partir de observações da influência da luz solar, tem-se desenvolvido uma nova opção terapêutica, que emprega a exposição à luz brilhante (*bright light*) artificial. Esta modalidade tem sido utilizada no tratamento de vários distúrbios dos ritmos biológicos, especialmente do ciclo vigília/sono. Em idosos, foi demonstrado que a exposição à luz brilhante artificial (4 mil a 5 mil lux) determinou modificações observadas nos registros polissonográficos, como diminuição do tempo acordado após o início do sono e aumento do sono de ondas lentas e paradoxal, atribuídas a uma mudança verificada na relação de fase entre o ciclo vigília/sono e a temperatura central, possivelmente provocada pela luz.

Quanto ao ambiente físico, alguns aspectos devem ser salientados: o conforto, a segurança e o contraste entre o dia e a noite.

Quanto ao conforto, devemos considerar as condições do mobiliário, dos colchões, travesseiros e roupas de cama, a iluminação, a temperatura do ambiente e a presença de ruídos. O mobiliário e os colchões devem estar em bom estado de conservação. As roupas de cama devem ser macias e bem esticadas, evitando a formação de dobras que possam macerar a pele; havendo necessidade de uso de forros de plástico devido à incontinência urinária, estes devem ser totalmente cobertos com tecido. Em temperaturas frias, pode ser mais adequado o uso de mantas, mais leves que os cobertores e que aquecem adequadamente. O quarto deve possuir iluminação indireta, de baixa intensidade, para evitar acidentes quando o idoso necessitar levantar-se durante a noite. Temperaturas muito baixas ou muito elevadas também são fatores de perturbação do sono. Quanto aos ruídos, sabemos intuitivamente que são perturbadores, especialmente para o idoso (que possui um limiar auditivo diminuído, como mencionamos anteriormente), embora estudos de campo e de laboratório, relativos aos seus efeitos sobre o sono, tenham mostrado re-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sultados contraditórios. Alguns trabalhos demonstraram que o fato de dormir em ambientes ruidosos provocava redução na quantidade de sono de ondas lentas e respostas cardiovasculares como taquicardia e vasoconstrição, em pessoas adultas jovens e idosas. Quando em ambiente silencioso, essas pessoas adormeceram com maior facilidade, e a quantidade de sono de ondas lentas aumentou para os adultos jovens, enquanto que nos idosos foi verificado apenas aumento na duração do sono paradoxal.

Quanto à segurança, parece um ponto óbvio, em nossa violenta sociedade contemporânea, e sobre o qual pouca influência cabe ao profissional de saúde. Em casas térreas, uso de grades nas janelas e revisão de portas e fechaduras podem eventualmente contribuir para amenizar um pouco o problema.

Os contrastes entre o dia e a noite parecem importantes para auxiliar a distinção entre ambos pelo sistema de temporização circadiana do idoso. Pode-se propor que o sistema de temporização circadiana, desde os tempos dos homens pré-históricos, adaptou o organismo humano para dormir em um ambiente escuro e quieto, à noite. Assim, as recomendações são semelhantes às que mencionamos quanto ao conforto. Ao tentar promover um padrão de sono noturno mais consolidado para a pessoa idosa, deve-se, além de aumentar a quantidade de estímulos oferecida durante o dia, diminuir a estimulação presente durante a noite. Isso implica na manutenção do mínimo possível de ruídos e iluminação no quarto do idoso. Outrossim, este deve procurar deitar-se apenas para dormir (e atividade sexual, se for o caso), de preferência quando sentir sono, e evitar uma permanência longa e desnecessária na cama. A redução do tempo despendido no leito já foi utilizada com bons resultados no tratamento de adultos com queixas de insônia. Idosos institucionalizados e idosos enfermos, que permanecem longo tempo no leito durante o dia, tendem a fragmentar excessivamente o sono noturno, o que tem reflexos negativos na satisfação proporcionada pelo mesmo.

Além destas orientações que constituem a "higiene do sono", devem ser recomendadas como opções não farmacológicas diversas técnicas desenvolvidas pela psicologia clínica para a manipulação de alguns distúrbios do sono, e que podem ser utilizadas sob orientação adequada. Entre elas, podemos mencionar:

- técnicas de controle de estímulos (orientações comportamentais que visam a associar o leito apenas ao ato de dormir, e no máximo, à atividade sexual);
- técnicas de relaxamento muscular progressivo;
- treinamento autógeno (auto-sugestão de sensações físicas de "peso" e "aquecimento", que auxiliam a conciliar o sono);
- terapias cognitivas (orientações e treinamento para o controle dos pensamentos perturbadores que ocorrem ao deitar para dormir).

Considerações Finais

A investigação e o tratamento das perturbações do sono do idoso exigem uma abordagem ampla e completa, uma vez que a fronteira entre a normalidade e o distúrbio ainda se mostra tênue, a despeito dos avanços obtidos. O sono, assim como o envelhecimento, apresenta múltiplas facetas a serem estudadas. Entretanto, a despeito de todas as controvérsias que cercam o assunto, parece seguro afirmar que é fundamental que o profissional de saúde dirija sua atuação para uma orientação adequada do idoso, seus familiares ou cuidadores. É importante definir para o idoso quais as modificações "normais" que podem ser esperadas, auxiliando-o a compreendê-las e trabalhar com elas, porém sem negligenciar as queixas que o ancião apresenta.

A experiência subjetiva do sono é particular e complexa, e elevar a qualidade do sono significa melhorar a qualidade da vigília: a qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. Alessi CA, Yoon EJ, Schnelle JF, Al Samarrai NR, Cruise PA. A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? J Am Geriatr Soc; 1999, 47:784.
2. Ancoli-Israel S. "Sleep is not tangible" or what the Hebrew tradition has to say about sleep. Psychosom Med; 2001, 63: 778.
3. Aschoff J. Circadian rhythms: general features and endocrinological aspects. In: Krieger DT (ed.). Endocrine rhythms. Nova York: Raven Press; 1979. p. 1.
4. Bliwise DL. Sleep in normal aging and dementia. Sleep; 1993, 16: 40.
5. Braz S, Hirshkowitz M, Tufik S, Neumann B, Karacan I. Survey of sleep complaints among 1.000 residents of São Paulo. Sleep Res; 1990; 18: 98.
6. Carman MB. The psychology of normal aging. Psychiatr Clin North Am; 1997, 20:15.
7. Ceolim MF, Menna-Barreto L Sleep/wake cycle and physical activity in healthy elderly people. Sleep Res Online; 2000; 3: 87.
8. Ceolim MF, Diogo MJD'E, Cintra FA. Qualidade do sono de pessoas idosas atendidas no grupo de atenção à saúde

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Nursing (São Paulo); 2001; 4:25.
9. Chevalier H, Los F, Boichut D, Bianchi M, Nutt DJ, Hajak G, Hetta J, Hoffmann G, Crowe C. Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey. J Psychopharmacol; 1999; 13: S21 (Suppl.).
10. Czeisler CA, Allan JS, Strogatz SH, Ronda JM, Sanchez R, Ríos CD, Freitag WO, Richardson GS, Kronauer RE. Bright light resets the human circadian pacemaker independent of the timing of the sleep-wake cycle. Science; 1986; 233: 667.
11. Duffy JF, Dijk DJ, Klerman EB, Czeisler CA. Later endogenous circadian temperature nadir relative to an earlier wake time in older people. Am J Physiol; 1998; 275: R1478.
12. Edinger JD, Morey MC, Sullivan RJ, Higginbotham MB, Marsh GR, Dailey DS, McCall WV. Aerobic fitness, acute exercise and sleep in older men. Sleep; 1993; 16: 351.
13. Emser W, Kurtz D, Webb WB (ed.). Sleep, aging and related disorders. Karger. Basel; 1987. (Interdisciplinary topics of Gerontology, 22.)
14. Feinberg I. Changes in sleep cycle patterns with age. J. Psychiatr. Res; 1974; 10: 283.
15. Floyd JA, Medler SM, Ager JW, Janisse JJ. Age-related changes in initiation and maintenance of sleep: a meta-analysis. Res Nurs Health; 2000; 23: 106.
16. Fritzsche M, Heller R, Hill H, Kick H. Sleep deprivation as a predictor of response to light therapy in major depression. J Affect Disord; 2001; 62: 207.
17. Geoffriau M, Brun J, Chazot G, Claustrat B. The physiology and pharmacology of melatonin in humans. Horm Res; 1998; 49: 136.
18. Halberg F, Caradente F, Cornelissen G, Katinas GS. Glossary of chronobiology. Chronobiologia; 1977; 4 (Suppl): 16.
19. Horne J. Why we sleep: the functions of sleep in humans and mammals. Oxford: Oxford University Press; 1988.
20. Kales A, Wilson T, Kales JD, Jacobson A, Paulson MJ, Kollar E, Walter RD. Measurements of all-night sleep in normal elderly persons: effects of aging. J Am Geriatr Soc; 1967; 15: 405.
21. King AC, Oman RF, Brassington GS, Bliwise DL, Haskell WL. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. A randomized controlled trial. JAMA; 1997; 277: 32.
22. Kleitman N. Sleep and Wakefulness. Chicago, London: University of Chicago Press; 1963.
23. Kojima M, Wakai K, Kawamura T, Tamakoshi A, Aoki R, Lin Y, Nakayama T, Horibe H, Aoki N, Ohno Y. Sleep patterns and total mortality: a 12-year follow-up study in Japan. J Epidemiol; 2000; 10: 87.
24. Lévy P, Pépin JL, Malauzat D, Emeriau JP, Léger JM Sleep; 1996; 19 (Suppl): S29. (Suppl.)
25. Libert JP, Bach V, Johnson LC, Ehrhart J, Wittersheim G, Keller D. Relative and combined effects of heat and noise exposure on sleep in humans. Sleep; 1991; 14: 24.
26. Marques N, Menna-Barreto L (org.). Cronobiologia: princípios e aplicações. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
27. Monk TH, Reynolds CF, Machen MA, Kupfer DJ. Daily social rhythms in the elderly and their relationship to objectively recorded sleep. Sleep; 1992; 15: 322.
28. Moore-Ede MC, Sulzman FM, Fuller CA. The clocks that time us. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
29. Morgan K. Sleep and aging. Baltimore: John Hopkins University Press; 1987.
30. Muzet A, Libert JP, Candas V. Ambient temperature and human sleep. Experientia; 1984; 40: 425.
31. Naylor E, Penev PD, Orbeta L, Janssen I, Ortiz R, Colecchia EF et al. Daily social and physical activity increases slow-wave sleep and daytime neuropsychological performance in the elderly. Sleep; 2000; 23: 87.
32. Ohayon MM, Caulet M, Philip P, Guilleminault C, Priest RG. How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. Arch Intern Med; 1997; 157: 2645.
33. Ohayon MM, Caulet M, Arbus L, Billard M, Coquerel A, Guieu JD, Kullmann B, Loffont F, Lemoine P, Paty J, Pechadre JC, Vecchierini MF, Vespignani H. Are prescribed medications effective in the treatment of insomnia complaints? J Psychosom Res; 1999; 47: 359.
34. Ohayon MM, Zulley J, Guilleminault C, Smirne S, Priest RG. How age and daytime activities are related to insomnia in the general population: consequences for older people. J Am Geriatr Soc; 2001; 49: 360.
35. Ohida T, Kamal AM, Uchiyama M, Kim K, Takemura S, Sone T, Ishii T. The influence of lifestyle and health status factors on sleep loss among the Japanese general population. Sleep; 2001, 24: 333.
36. Pando-Moreno M, Aranda Beltrán C, Aguilar Aldrete ME, Mendoza Roaf PL, Salazar Estrada, JG. Prevalencia de los transtornos del sueño en el adulto mayor / Prevalence of sleep disorders in the elderly. Cad Saúde Publ; 2001; 17: 63.
37. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. Arch Intern Med; 2000; 160: 2137.
38. Prinz PN, Dustman RE, Emmerson R. Electrophysiology and aging. In: Birren JE, Schaie KW (ed.). Handbook of the Psychology of Aging. 3rd ed. San Diego: Academic Press; 1990. p. 135.
39. Reinberg A, Smolensky MH (ed.). Biological rhythms and medicine: cellular, metabolic, physiopathologic and pharmacologic aspects. New York: Springer-Verlag; 1983.
40. Richardson GS. Circadian rhythms and aging. In: Schneider EL, Rowe JW (eds.). Handbook of the biology of aging. 3rd ed. San Diego: Academic Press; 1990. p. 275.
41. Rocha FL, Lima e Costa MFF. Epidemiologia e impacto dos distúrbios do sono. J Bras Psiquiatr; 2000; 49: 167.
42. Samis HV. Aging: the loss of temporal organization. Perspect. Biol. Med; 1968; 12: 95.
43. Schäfer H, Koehler U, Ploch T, Peter JH. Sleep-related myocardial ischemia and sleep structure in patients with obstructive sleep apnea and coronary heart disease. Chest; 1997; 111: 387.
44. Schechtman KB, Kutner NG, Wallace RB, Buchner DM, Ory MG. Gender, self-reported depressive symptoms, and sleep disturbance among older community-dwelling persons. FICSIT group. Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques. J Psychosom Res; 1997; 43: 513.
45. Schwartz S, McDowell Anderson W, Cole SR, Cornoni-Huntley J, Hays JC, Blazer D. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. J Psychosom Res; 1999; 47: 313.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

46. Sherrill DL, Kotchou K, Quan SF. Association of physical activity and human sleep disorders. Arch Intern Med; 1998; 158: 1894.
47. Shochat T, Martin J, Marler M, Ancoli-Israel S. Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. J Sleep Res; 2000; 9: 373.
48. Swift CG, Shapiro CM. Sleep and sleep problems in elderly people. BJM; 1993; 306: 1468.
49. Tanaka H, Taira K, Arakawa M, Toguti H, Urasaki C, Yamamoto Y, Uezu E, Hori T, Shirakawa S. Effects of short nap and exercise on elderly people having difficulty in sleeping. Psychiatry Clin Neurosci; 2001; 55: 173.
50. Trujillo de los Santos Z. Insomnio en el paciente geriátrico. Arch. Neurociencias; 1997; 2: 122.
51. Uezu E, Taira K, Tanaka H, Arakawa M, Urasakii C, Toguchi H, Yamamoto Y, Hamakawa E, Shirakawa S. Survey of sleep-health and lifestyle of the elderly in Okinawa. Psychiatry Clin Neurosci; 2000; 54: 311.
52. Van Someren EJW (ed.). Special Issue on Circadian Rhythms and Sleep in Human Aging. Chronobiol Int; 2000; 17: 233.
53. Webb WB. Sleep, biological rhythms and aging. In: Samis HV, Capobianco S (eds.). Aging and biological rhytms. Plenum. New York; 1978. p. 309.
54. Webb WB. Sleep in older persons: sleep structures of 50 to 60-year old men and women. J Gerontol; 1982; 37: 581.
55. Young T, Peppard P. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: epidemiologic evidence for a relationship. Sleep; 2000; 23 (Suppl): S122.
56. Youngstedt SD, Kripke DF, Elliott JA. Melatonin excretion is not related to sleep in the elderly. J Pineal Res; 1998; 24: 142.
57. Zepelin H, McDonald CS, Zammit GK. Effects of age on auditory awakening thresholds. J Gerontol; 1984; 39: 294.
58. Zisapel N. Circadian rhythm sleep disorders: pathophysiology and potential approaches to management. CNS Drugs; 2001; 15: 311.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parte IV

Aspectos Relativos à Arteterapia, Enfermagem, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia e Reabilitação

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

29 Arteterapia na Terceira Idade

Rita Cecília R. Ferreira

Pensando em Arte...

Nada existe realmente a que se possa dar o nome *arte*. Existem sim os artistas, pessoas que, com matérias e instrumentos, fazem formas, objetos, imagens e sons.

Observamos aqui que arte não é, necessariamente, a expressão da beleza. É, na verdade, a capacidade de comunicar sentimentos, sejam eles quais forem. Muitas vezes pensamos que a natureza se parece com aquilo com que estamos acostumados, e rejeitamos representações pouco convencionais, não ultrapassando a estética superficial nas observações.

Experiência estética é o conjunto de sensações que usufruímos ao contemplar algo criado por alguém, para representar sua visão de mundo e seus sentimentos, utilizando-se de um determinado código de comunicação. Nem sempre exprime sentimentos belos e/ou agradáveis; entretanto, comunica emoções e provoca reações no espectador.

O gosto e a sensibilidade são variáveis entre pessoas, entre épocas e entre culturas. A arte é, portanto, a manifestação de um povo, de uma época, de uma cultura, de uma sociedade num determinado momento.

Notamos que os elementos expressos variam conforme o momento da civilização. Enquanto no período clássico se retratava fielmente a realidade, atualmente a tendência é a representação do abstrato (imagem não real), suscitando maior atenção às sensações evocadas e aos questionamentos.

Arteterapia

História

A associação entre arte e loucura é feita há muitos anos, sendo que alguns autores já tentaram associar a produção artística à presença de doença mental.

A primeira publicação nesse sentido foi feita em 1876 por Max Simon, que classificou patologias psíquicas conforme a produção artística dos doentes.

Em 1888, Lombroso, um advogado criminalista, tenta classificar doenças mentais por meio de análises psicopatológicas de desenhos de doentes, acreditando efetivamente em seu valor diagnóstico.

Mohor, em 1906, comparou trabalhos de pessoas ditas normais com trabalhos de doentes mentais e de outros de artistas conceituados. Ele observa que as histórias de vida dos autores se refletem em suas produções, e aventa a possibilidade de empregar esse material como ajuda no diagnóstico. Essas idéias foram, posteriormente, aproveitadas por Rorschach, Murray-TAT e Szondi nos testes psicológicos.

Em 1910, Prinzhorn publica um primeiro trabalho relacionando arte e psicopatologia, e em 1922 apresenta seu estudo mais completo, em que relaciona a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

produção de pacientes com doenças mentais com as varias escolas artísticas (impressionistas, expressionistas, surrealistas, dadaístas etc.), e as compara com as manifestações artísticas dos indivíduos normais.

Também no início do século XX, Freud escreve sobre obras de grandes artistas e sua interpretação a respeito delas. Na ocasião, observa que o inconsciente se manifesta através de imagens, e que essas imagens escapavam da censura mental com maior facilidade que as palavras, além de possuírem função catártica.

Posteriormente, Jung começa a pedir a seus pacientes que usem desenhos para representar sonhos e conflitos, considerando-os manifestações do inconsciente individual e/ou coletivo. Para ele, a criatividade é uma função psíquica natural do ser humano, podendo ser usada na "cura" devido à sua função estruturadora da personalidade. Começa também a utilizar desenhos livres como facilitadores em seus processos terapêuticos.

Muitos profissionais passaram a seguir o caminho de Freud e Jung. A expressão plástica é introduzida nos consultórios médicos e psicológicos, freqüentemente como ponte entre o mundo externo e o interno.

Em 1941, Margaret Naumburg publica *Novas Lições Introdutórias de Psicanálise*, constituindo a sistematização inicial da Arteterapia.

Em 1950, Edith Kramer, inicia seu trabalho com crianças em Nova York, e apresenta um novo enfoque dentro da modalidade: para ela, o terapeuta que se propõe a trabalhar com a ajuda da arte precisa se capacitar tanto em técnicas artísticas, e ensiná-las, como em psicoterapia. Embora de linha freudiana, Edith Kramer enfatiza o processo de criação, valorizando-o mais que a obra final. É a compreensão da linguagem artística usada que possibilita o diálogo terapêutico a que se propõe seu método, não havendo, portanto, necessidade de se associar à verbalização.

Janie Rhyne[23], em 1973, dentro da teoria da Gestalt, verifica que a arte, nessa abordagem terapêutica, possibilita o contato com os conflitos e sua re-elaboração, facilitando o equilíbrio da personalidade.

No Brasil, Osório César, médico psiquiatra e psicanalista, funda, em 1925, a Escola Livre de Artes Plásticas do Juquerí, em Franco da Rocha (São Paulo). Suas pesquisas, trabalhos e exposições de obras de pacientes são reconhecidos no exterior, mas pouco divulgados em nosso país. César acreditava no poder curativo da arte por si. Foi responsável pelo aparecimento de artistas reconhecidos.

No Rio de Janeiro, em 1946, a Doutora Nise da Silveira[24] cria a seção de Terapia Ocupacional, no Centro Psiquiátrico Dom Pedro II, em Engenho de Dentro, possibilitando a expressão plástica dos internos dessa instituição. Em 1952 funda o Museu de Imagens do Inconsciente, o único acervo do gênero existente atualmente no Brasil. Nise teve um papel fundamental no tratamento de doentes com uso da arte. De formação junguiana, via na pintura uma ferramenta de trabalho para o doente reconstruir a realidade e expressar-se conforme sua percepção.

Outros profissionais de saúde e educação passaram a fazer uso da Arteterapia, divulgando sua aplicabilidade e eficiência nos últimos anos.

Conceito

Arteterapia, como o próprio nome indica, é uma psicoterapia que utiliza a intermediação da expressão artística, com suas muitas técnicas e materiais, em um ateliê.

Este tipo de terapia usa a linguagem não-verbal como mediadora do processo terapêutico. Isso significa que as várias formas de expressão artísticas como pintura, desenho, modelagem em barro, música, dança etc., assumem, no processo psicoterápico, o lugar ocupado pela palavra nas terapias tradicionais (verbais).

As linguagens artísticas, na comunicação paciente-terapeuta, possibilitam a exploração de problemas e o desenvolvimento de potencialidades e recursos pessoais, o que contribui para a solução de conflitos e proporciona a oportunidade de aprender e/ou desenvolver novas habilidades.

É importante salientar que as técnicas de expressão estão presentes apenas no sentido de facilitar a expressão livre e espontânea, seja desenhando, rabiscando, colorindo, dançando, modelando. Em nenhum momento haverá qualquer emissão de juízo crítico ou valor artístico.

Trata-se apenas de possibilitar ao paciente a expressão dos seus sentimentos, pensamentos e ações, exteriorizando-os e, em seguida, observando-os, apropriando-se deles e reconhecendo-os como parte de si mesmo.

Para a compreensão do trabalho terapêutico com arte faz-se necessário entender como ocorrem o *processo* criativo, o *fazer artístico* e a *relação do autor com a obra*.

O processo criativo ocorre no âmbito da intuição, embora outros elementos estejam presentes sem que o percebamos. As sensações ocorrem tanto em nível consciente quanto inconsciente e são o inicio do processo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Às sensações conscientes já organizadas chamamos *percepção*. Por meio da percepção adquirimos a noção ou consciência de nossa existência no mundo e na sociedade. Percebemos também que influenciamos e somos influenciados por este mundo.

Outra função importante no processo criativo é a *memória*. Ela nos permite discernir o passado, o presente e o futuro. É ela quem guarda imagens e as torna compreensíveis com o passar do tempo. Que as disponibiliza e as projeta no futuro, criando a *imaginação*. A memória ordena as vivências do passado.

As associações de memória constituem o fundamento para a imaginação. São correspondências evocadas por semelhança ou por ressonância afetiva com lembranças anteriores.

A partir da ordenação desses elementos surgirão as *formas*.

O formar, ou criar, é um processo de ordenação e comunicação. À medida que as formas se estruturam em aspectos de espaço e tempo, adquirem a qualidade de *símbolo*. Estes traduzem movimentos ou estados dinâmicos do ser humano (ritmo interno, equilíbrio, alegria, tristeza etc.).

Portanto, todo o perceber e o fazer do indivíduo reflete seu ser íntimo. A representação é feita por meio da escolha pessoal, resultando em uma combinação particular única.

Podemos concluir que criar é viver, é transformar a realidade ao vivenciá-la, dando-lhe significado enquanto se realiza o processo.

Na arteterapia não nos importa o resultado e sim o processo de criação. Por intermédio dele podemos estabelecer técnicas para a aceitação, compreensão e/ou superação de dificuldades ou conflitos.

O paciente, atendido individualmente ou em grupo tem atenção e necessidade particulares, próprias a seu caso. Irá desenvolver seu trabalho conforme suas necessidades e possibilidades no momento. Por exemplo: ao nos depararmos com pacientes que não conseguem lembrar de que forma são feitas as cores, podemos propor a construção de uma cartela em que se demonstrará na prática como isso acontece. Ou, diante da dificuldade para lidar com algum material, podemos sugerir uma maneira que facilite a compreensão do limite do suporte ou o auxílio técnico que permita a execução do projeto. Isso nada mais é do que o estabelecimento de estratégias que compensem as deficiências e promovam o treinamento.

O Cliente, o Terapeuta, o Ateliê, a Sessão

A arteterapia presume a existência da tríade terapeuta-paciente-ateliê.

O arteterapeuta é um profissional capacitado tanto em psicoterapia como nas linguagens artísticas a serem utilizadas. A formação em psicoterapia é necessária porque o profissional terá que trabalhar com a relação transferencial inerente à situação terapêutica, podendo ou não se apoiar em alguma vertente psicoterápica na compreensão desse processo. A competência na linguagem com que se vai trabalhar é muito importante, pois cabe a ele fornecer subsídios técnicos para a execução de um projeto sempre que se fizer necessário. Conhecer a história da arte permite ao terapeuta situar a obra expressiva no conceito cultural da humanidade.

O elemento fundamental é o paciente. Ele deve estar disponível e interessado no exercício da atividade. Não se exigirá que tenha conhecimentos técnicos, bastando sua presença e vontade.

O ateliê deve comportar as pessoas com conforto, oferecendo espaço, tranqüilidade e liberdade, proporcionando sensação de bem-estar.

As sessões têm duração e local fixos. Com freqüência, faz-se um contrato entre as partes, definindo-se pontos importantes para o êxito terapêutico.

As sessões podem ser didaticamente divididas em três partes. Uma parte inicial de acolhida, acompanhada de uma atividade que situe os componentes do grupo na situação terapêutica, (por exemplo, relaxamento, exercícios de imaginação), facilitando sua concentração, quando necessário.

Num segundo momento, passamos à execução dos projetos pessoais ou em grupo, conforme o terapeuta julgue conveniente ou necessário. Usam-se materiais e técnicas específicas para cada proposta.

Dependendo da situação, opta-se pelo trabalho de escolha livre ou escolhe-se um tema a ser desenvolvido. Os trabalhos livres são exercícios de liberdade e até mesmo aventuras lúdicas com excelentes resultados. A tematização serve para a elaboração de problemas comuns ao grupo ou para a transposição de dificuldades específicas.

Ao final da sessão, o encerramento é feito com a apresentação de toda a produção do dia e comentários sobre as obras realizadas. O terapeuta faz a análise estética de cada trabalho, podendo ou não usar de interpretações conforme o referencial terapêutico adotado.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Técnicas e Materiais

As formas de expressão mais usadas em Arteterapia são desenho, pintura, colagem, modelagem, escultura e escrita. Outras opções, como teatro, gravura, tabuleiro de areia, música, fotografia e até cinema podem fazer parte do repertório criativo.

Os materiais diversos, como lápis de cor, grafite, giz, giz de cera, pastel, carvão, papéis diversos, argila, papel machê, arames, linhas, sucatas, colas, esponjas, pincéis, caneta hidrocor, aquarela, tecidos etc são utilizados respeitando sua aplicabilidade às diversas modalidades expressivas.

Desenho

O desenho faz uso das formas e pode concretizar sentimentos e pensamentos. É uma manifestação controlada, que necessita de atenção, concentração e memória, e ajuda na ordenação e estruturação.

Consiste no uso de linhas e pontos em uma superfície, para formar figuras. Pode ser realizado com carvão, grafite, lápis de cor ou de cera, caneta hidrocor, pincel atômico, giz ou nanquim. Tem sua aplicação isolada ou conjunta à pintura, e algumas vezes pode ser usado para relaxar (na forma de garatujas livres, no início da sessão).

Pintura

A pintura é uma representação simbólica em que trabalha-se em uma superfície limitada. Utilizam-se tons (maior ou menor luminosidade) e cores (primárias, secundárias, quentes, frias etc.).

A composição consiste na ordem proposta para cobrir a superfície. A presença do fundo e a representação em planos são outros elementos que mostram o diálogo entre o autor e sua obra. Contrastes e movimentos se relacionam com a mensagem e com o dinamismo da obra. A pintura trabalha emoções e sentimentos.

Modelagem

Esta técnica trabalha as sensações e a organização. A argila é terra, é barro; simbolicamente, representa nascimento, vida e morte.

O inicio do trabalho é feito pelo conhecimento do material. A modelagem exige uma evolução para a execução das obras, que freqüentemente passa pelo manuseio de hastes, placas e utilitários até se chegar a formas expressivas. No trabalho com argila temos a visão tridimensional da criação.

Colagem

A colagem é uma técnica que possibilita maior facilidade de realização, pois consiste de usar imagens já existentes para criar novos contextos, com o emprego da criatividade. Pode ser usada junto à pintura e à modelagem. Trabalha a organização espacial e a junção de estruturas.

Ressaltamos que atividades como mosaico, vitral, escultura em pedra ou concreto, fotografia e vídeo podem ser usadas no ateliê, isoladas ou concomitantemente às já descritas.

Também o uso de outras linguagens artísticas, como a corporal, a musical ou a fotográfica é viável e enriquecedor.

Institucionalmente, no Brasil, o uso dessas linguagens é dificultado pela necessidade de material especifico e de alto custo.

Arteterapia na Terceira Idade

A arteterapia mostra-se eficiente no atendimento a pacientes em geral, promovendo a elaboração da angústia, o desenvolvimento da criatividade, a melhora da auto-estima. Também proporciona um espaço de vivência lúdica, facilita a sociabilização e a aquisição de novas amizades, além de desenvolver estratégias para suprir ou minorar as dificuldades advindas de enfermidades físicas e/ou emocionais.

A arteterapia está indicada a qualquer pessoa que necessite de ajuda para a aceitação e/ou resolução de problemas e conflitos ou àqueles que desejam o autoconhecimento, e tem-se mostrado de grande importância no atendimento de idosos.

Na prática, observamos que a procura pela terapia está bastante vinculada à existência de doenças e de perdas funcionais, objetivando também a reabilitação psicossocial e até mesmo o desenvolvimento de estratégias compensadoras a nível físico.

Associada ao tratamento medicamentoso, pode facilitar a adesão do paciente ao remédio. Isso ocorre porque, durante as sessões no ateliê, as dificuldades surgidas são trabalhadas, os efeitos colaterais observados, dimensionados e comparados ao benefício obtido com o uso da droga.

Em nossa experiência, o paciente, à medida que melhora de seus sintomas físicos e/ou psicológicos, acresce qualidade estética a sua produção, fato que, ao ser percebido por ele, reforça a continuidade do tratamento como um todo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O processo arteterapêutico faculta também a visão do doente num outro contexto: a criatividade artística é, em nossa concepção, a expressão da parte saudável do ser humano. Portanto, à medida que o paciente se percebe criativo, elabora e assume uma nova identidade, surge o artista que ele não sabia ser, e sua auto-estima melhora imensamente à partir da aquisição dessa nova identidade.

Além desses benefícios, no ateliê o paciente é observado num contexto muito diferente da observação usual de consultório, podendo ser uma ajuda na manutenção, exclusão e até mudança diagnóstica.

A proposta de trabalho não-verbal e o ambiente do ateliê terapêutico facilitam ainda a percepção das alterações da evolução do doente. Mudanças, para melhor ou para pior, são percebidas pelo terapeuta antes de serem referidas pelo paciente, pois existe um acesso profundo a esse doente num tempo relativamente curto. É através desse acesso ao inconsciente que a arteterapia é de grande auxílio no diagnóstico de casos difíceis.

Também é relevante a percepção de que, muitas vezes, o paciente manipula ou tenta manipular seu diagnóstico, seja por sua personalidade ou por dificuldades em lidar com sua dor. Quando essa situação é vista no contexto terapêutico, estratégias facilitadoras se organizam ou promovem transformações.

A arteterapia proporciona ao cliente idoso uma vivência de liberdade que quase sempre lhe é negada pelo preconceito. Ele pode escolher o que, quando e como fazer. O respeito ao que isso implica é de especial importância na formação e manutenção do vínculo terapêutico. Quando realizada em grupo, a terapia facilita o relacionamento interpessoal, a percepção e a aceitação de limites.

Como já vimos, a confecção de uma obra exige um planejamento. É preciso imaginar, escolher, simbolizar, executar. Isso exige o treino de habilidades específicas e também organização. Com o treino, o indivíduo se percebe capaz e competente no aprendizado (fato muito importante para a terceira idade). Quanto á organização, observamos que ela se integra ao dia-a-dia dos nossos pacientes melhorando sua qualidade de vida.

Atender a idosos, em arteterapia, exige conhecimento de certas particularidades dessa população em relação a pacientes das outras faixas etárias: é necessário compreender as limitações e dificuldades próprias do envelhecimento, conhecer as transformações físicas e as dificuldades emocionais e sociais que acontecem nessa fase da vida, verificar que o ritmo de produção é mais lento e que, freqüentemente, os pacientes necessitam de mais aprovação e auxílio.

A arteterapia reforça a dignidade e a autonomia do paciente. Melhora a auto-estima, amplia as perspectivas de vida, resgata sua faculdade lúdica, sua competência e seu prazer de viver. Proporciona ao idoso uma identidade da qual ele não precisa se envergonhar.

Bibliografia

1. Andrade LQ. Terapias Expressivas — Arteterapia. Arte. Educação. Terapia Artística. São Paulo: Vector; 2000.
2. Arnhein R. Arte e Percepção Visual. São Paulo: EDUSP; 1980.
3. Brink TL. Psicoterapia Geriátrica. Rio de Janeiro. Imago; 1983.
4. Busse EW, Blazer DG. Psiquiatria Geriátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 223-243 e 399-415.
5. Carvalho MMMJ (coord.). A Arte Cura? Recursos Artísticos em Psicoterapia. Campinas: PSY II; 1995.
6. Chazarac P. Psyco-Thérapie du Pacient Âgé et de sa Famille. Paris: Dunod; 1998.
7. Ciornai S (org.). Percursos em arteterapia: arteterapia gestaltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia. São Paulo: Summus; 2004.
8. Ferraz MHCT. Arte e Loucura — limites do imprevisível. São Paulo: Lemos; 1998.
9. Franz ML von. Psicoterapia. São Paulo: Paulus; 1999.
10. Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 551-600.
11. Ginger S, Ginger A. Gestalt, Uma Terapia do Contato. São Paulo: Summus; 1995.
12. Gombrich EH. A História da Arte. Rio de Janeiro: LTC; 1993.
13. Jung CG. A Natureza da Psique. Petrópolis: Vozes; 2000.
14. Jung CG. Memórias, Sonhos, Reflexões. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.
15. Kandinsky W. Do Espiritual na Arte. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
16. Kandinsky W. Ponto e Linha Sobre Plano. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
17. Kaplan HI, Sadock Benjamin J. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999; 1:321-335.
18. Mahoney MJ. Processos Humanos de Mudança — As Bases da Psicoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
19. Mayer R. Manual do Artista — de Técnicas e Materiais. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
20. Ostrower F. Criatividade e Processos Humanos de Criação. Petrópolis: Vozes; 1987.
21. Ostrower F. Universos da Arte. Rio de Janeiro: Campus; 1996.
22. Pain S, Jarreau G. Teoria e técnica da Arte-Terapia – A Compreensão do Sujeito. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
23. Rhyne J. Arte e Gestalt – Padrões Que Convergem. São Paulo: Summus; 2000.
24. Silveira N. O Mundo das Imagens. São Paulo: Ática; 1992.
25. Stuart H. A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
26. Valladares ACA (coord.). Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental. São Paulo: Vetor; 2004.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

30 Consulta de Enfermagem em Gerontologia

Maria José D'Elboux Diogo

Introdução

Uma das pioneiras no campo da enfermagem geriátrica e gerontológica foi a enfermeira Irene M. Burnside[3], autora do livro *Enfermagem e os idosos*. Neste livro, a autora comenta que as enfermeiras não dão atenção à enfermagem geriátrica, porém, temos de lembrar que esta especialidade é uma das mais recentes na profissão. Diante do aumento da população idosa, começa a despontar o interesse nos profissionais e estudiosos, principalmente na área da saúde, quanto aos aspectos da senescência e senilidade. Em nosso meio, a publicação dos primeiros trabalhos no campo da enfermagem em gerontologia ocorreu na década de 1970.

A definição de enfermagem gerontológica utilizada pela Organização Panamericana de Saúde[18] é a mesma apresentada por Gunter e Miller[13] em 1977. É descrita como "um serviço de saúde que incorpora aos conhecimentos específicos de enfermagem aqueles especializados sobre o processo de envelhecimento, para estabelecer no idoso e ao seu redor as condições que permitam, entre outras, aumentar as condutas saudáveis e minimizar e compensar as perdas de saúde e as limitações relacionadas com o idoso".

A atuação do enfermeiro junto ao idoso está centrada na educação para a saúde, no "cuidar" tendo como base o conhecimento das doenças associadas ao processo de envelhecimento e no retorno da capacidade funcional do idoso na realização das suas atividades, com o objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e bem-estar. O enfermeiro gerontológico tem a possibilidade de desenvolver seu exercício profissional em uma ampla variedade de serviços, desde a comunidade até as instituições de mais alta complexidade tecnológica. São de sua competência as seguintes atuações: educação, cuidado ou assistência direta, assessoria, planejamento e coordenação de serviços, ensino e avaliação das pessoas que executam estas atividades ou daquelas que se preparam para realizá-las. Entre os diferentes campos de atuação do enfermeiro em gerontologia, podemos citar as comunidades, ambulatórios, centros e postos de saúde, domicílios, casas geriátricas, asilos, centros ou hospitais-dia, clínicas e hospitais, entre outros.

Um dos aspectos que vale ressaltar é o trabalho em equipe. Com a finalidade de assistir integralmente o idoso, é importante a atuação de equipes interdisciplinares voltadas para a saúde do indivíduo, onde cada profissional desenvolva seu trabalho de maneira complementar e não competitiva.

Na assistência de enfermagem, a metodologia ou a assistência sistematizada é a atividade que permite identificar os problemas de maneira individualizada, planejar, executar e avaliar a assistência prestada à cada pessoa. Esta estratégia deve ser documentada e contínua, com a participação do idoso e da família

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

com a finalidade de que ambos estejam engajados no cuidado, visando a facilitar o processo de adaptação às novas condições que o idoso encontra em seu ambiente comunitário ou institucional e ainda se responsabilize pelo seu autocuidado.

A consulta de enfermagem é a atividade que proporciona ao enfermeiro tais condições para a sua atuação. A enfermeira Professora Doutora Maria Coeli Campedelli[6] apresentou um modelo de consulta de enfermagem em geriatria, na sua tese de livre-docência, em 1989, o qual tem sido de grande relevância para os enfermeiros envolvidos na assistência aos idosos ou no ensino de enfermagem geriátrica e gerontológica.

A partir desta pesquisa, foi possível elaborar o modelo apresentado a seguir, neste capítulo.

Concordamos com Campedelli[6] quando afirma que "a consulta de enfermagem é uma atividade implícita nas funções do enfermeiro que, usando sua autonomia profissional, assume a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada mediante os problemas detectados e a estabelecer a intervenção de enfermagem".

Isto posto, gostaríamos de salientar que o modelo a ser apresentado constitui-se numa proposta que deve ser modificada ou adaptada ao local a ser utilizada.

Consulta de Enfermagem em Gerontologia: Um Modelo

O modelo em questão tem como referência o "modelo de vida" que enfatiza as atividades da vida, criado inicialmente pela enfermeira britânica Nancy Roper[21,22] e posteriormente elaborado por ela juntamente com as enfermeiras Logan e Tierney.

As atividades da vida são, na verdade, as manifestações das necessidades humanas com determinantes biológicos, sociais e culturais. Um problema de saúde atual ou em potencial pode produzir uma alteração na vida diária, ou seja, no desempenho das atividades da vida.

Outros quatro componentes também compõem o "modelo de vida", os quais se inter-relacionam, identificados como o percurso da vida, o *continuum* dependência/independência, os fatores que influenciam as atividades da vida e a individualidade da pessoa.

Em relação ao percurso da vida e ao *continuum* dependência/independência, admitimos que, a partir da concepção e até a morte, a pessoa move-se ao longo da vida sob contínuas alterações. Neste processo, todos os aspectos da vida são influenciados pelo desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social. Entretanto, existem fases no decorrer da vida em que a pessoa não pode realizar certas atividades de maneira independente. Estas situações podem ser transitórias ou não, relacionadas à própria idade e à presença de doenças ou incapacidades. Os demais componentes do modelo, ou seja, os fatores que influenciam as atividades da vida e a individualidade, dizem respeito aos efeitos que os aspectos físico, psicológico, sociocultural, ambiental e político-econômico acarretam nas atividades da vida de cada pessoa, ou melhor, na experiência vivenciada por cada indivíduo.

A consulta de enfermagem, compreendida como uma metodologia assistencial, deve conter as fases de levantamento de dados, incluindo-se a avaliação das atividades da vida, o planejamento da assistência, a intervenção de enfermagem e a avaliação da assistência prestada.

A primeira fase, o "levantamento de dados", consiste em uma ação contínua, envolvendo o enfermeiro, o idoso e a família num processo interativo. Cada atividade deve ser avaliada em termos de ação, buscando a identificação de rotinas anteriores, execução atual e problemas correntes e em potencial do idoso. Após a análise dos dados, os problemas deverão ser identificados e escritos.

Para a elaboração do "planejamento da assistência de enfermagem", devem ser considerados os recursos disponíveis em relação ao ambiente físico, a equipamentos e ao recurso pessoal, compreendido como enfermagem, família, serviços de apoio, entre outros.

O plano de enfermagem não é estático e, portanto, requer uma revisão contínua e coleta de dados adicionais a partir da avaliação inicial.

Na fase de "intervenção de enfermagem", a enfermeira seleciona e realiza as ações de enfermagem. Estas ações devem ter como objetivos a prevenção de problemas, a promoção do conforto físico e psíquico e a diminuição da dependência do idoso, tornando-o habilitado a procurar ajuda para atender sua responsabilidade para o autocuidado. As intervenções de enfermagem devem, contudo, estar centradas nas rotinas do idoso, procurando minimizar os problemas relacionados às atividades da vida. Estão incluídas ainda as ações relativas aos cuidados técnicos como curativos, medicações e outros procedimentos.

Para a última fase, identificada como "avaliação da assistência prestada", o critério a ser utilizado é o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

desempenho do idoso em cada atividade da vida frente ao planejamento elaborado. Nesta fase, o enfermeiro pode utilizar as práticas semelhantes àquelas utilizadas na primeira etapa, isto é, a observação, a entrevista, o exame físico, entre outros.

Vale ressaltar a necessidade do registro deste processo, com a finalidade de proporcionar uma visão integral e assegurar o conhecimento em relação ao desenvolvimento do idoso. A documentação dos dados é um importante meio de comunicação entre os enfermeiros e permite uma avaliação efetiva das intervenções de enfermagem.

Após esta breve abordagem sobre o referencial utilizado no modelo a ser apresentado, passamos a seguir a descrevê-lo segundo suas partes.

Na primeira parte, são levantados os dados pessoais, de saúde e da família. Os dados pessoais, ou seja, de identificação do idoso, nos fornecem informações sobre a vida do idoso e seu contexto familiar. As questões relativas à saúde e à família abrangem os aspectos físicos e emocionais. Os aspectos físicos são levantados por itens referentes à presença de doenças, tratamentos e hábitos prejudiciais à saúde. O aspecto emocional, por sua vez, é verificado por meio de perguntas relacionadas às suas preocupações e ao relacionamento familiar. Finalizando esta parte, é reservado um espaço no item "observações", para o registro de informações adicionais pelo enfermeiro.

Na segunda parte, as questões se referem à avaliação do idoso no desempenho das atividades da vida, com o objetivo de descobrir rotinas anteriores, o que ele pode e não pode fazer por si próprio em relação a cada atividade.

A terceira parte consta do exame físico direcionado ao idoso. Consta ainda nesta parte um espaço destinado a outras informações, no qual a enfermeira pode registrar dados que complementem o exame físico.

A quarta parte do modelo é específica para a avaliação da dependência na realização das atividades da vida. Esta avaliação é realizada com base na dependência do idoso para cada atividade, dependência esta entendida como a necessidade da ajuda de outra pessoa.

A última parte do modelo é o "plano assistencial de enfermagem" que consta de lacunas referentes à data, aos problemas identificados e as ações de enfermagem, no qual o enfermeiro faz o registro pertinente a cada situação. Há também um espaço destinado à assinatura e ao número de registro no COREN do enfermeiro.

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve avaliar o idoso integralmente e procurar obter informações para que possa estabelecer as intervenções de enfermagem necessárias, ministrar as orientações indicadas para aquele momento e encaminhar para outros profissionais, quando o problema detectado não for de sua competência.

No primeiro contato com o idoso, antes de iniciar o preenchimento do instrumento, há necessidade de se estabelecer um *rapport* com o idoso e seu acompanhante, no qual o enfermeiro deverá chamá-lo pelo nome, tocar respeitosamente em seus ombros ou em suas mãos, apresentar-se dizendo-lhe que é enfermeiro e qual é o seu nome. Cumprimentar o acompanhante e solicitar o nome e grau de parentesco com o idoso.

Cabe salientar alguns aspectos que devem ser lembrados durante a realização da consulta de enfermagem, visando a facilitar a comunicação com o idoso, como: deixá-lo à vontade, falar sempre de frente e pausadamente, expor as questões claramente, demonstrar disponibilidade para ouvi-lo, estar alerta às expressões faciais e gestos corporais, orientar o acompanhante para deixar o idoso falar caso comece a haver interrupções freqüentes e manter o ambiente sem barulho. A disponibilidade do enfermeiro para ouvir o idoso é um dos pontos básicos para que ele adquira confiança e estímulo em relação à continuidade do tratamento.

Resta agora apresentarmos o modelo de instrumento para a realização da consulta de enfermagem em gerontologia.

Dados Pessoais, de Saúde e da Família

Na primeira parte, as questões se referem à identificação do idoso, como nome, número de registro na instituição, sexo e idade. Os demais itens serão apresentados e discutidos separadamente.

Estado Civil. Há Quanto Tempo?

A inclusão destas questões se justificam frente ao prejuízo emocional e outros transtornos familiares que o idoso pode apresentar perante a perda do seu cônjuge.

Na escala de Holmes (que organiza numa seqüência de pontos os fatores estressantes), a morte do cônjuge ocupa o ponto máximo como agente causador de estresse. Considerando que o estresse está intimamente relacionado ao sentido de "mudanças", a morte de uma pessoa muito importante é uma mudança que

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO

I. Dados pessoais, de saúde e da família

Nome:_____RG:_____Sexo:_____

Idade:_____ Estado civil:_____ Há quanto tempo:_____ Religião:_____

Instrução:_____ Ocupação anterior e atual:

Onde mora:_____ Com quem mora (grau de parentesco): _____

Quem cuida do(a) idoso(a):_____ Quem responde: _____

Razão para o encaminhamento do idoso: _____

Percepção do idoso sobre seu estado de saúde atual: _____

História médica (problemas ou doenças): _____

Medicações e tratamentos (prescritos e por conta própria): _____

Tabagismo e etilismo: _____

Qual é a maior preocupação do idoso no momento? _____

Como os outros (parentes e amigos) reagiram à procura do idoso pela instituição? _____

Observações: _____

II. Avaliação das atividades da vida

Manutenção do ambiente seguro (características da habitação): _____

Locomoção, atividades físicas e esforços: _____

Alimentação e hidratação: _____

Eliminações: urinária: _____

fecal: _____

Higiene corporal: _____

Ato de vestir-se: _____

Atividades realizadas em casa: _____

Sono e repouso: _____

Lazer e recreação: _____

Expressão da sexualidade: _____

Comunicação: _____

Uso de transportes: _____

Hábitos diários: _____

III. Exame físico _____

Condições gerais

Sinais vitais: T: _____ P:_____ R:_____ PA: _____

Peso: _____ Altura: _____

Pele e tegumentos: _____

Sistema neurológico e estado mental (Mini-exame do estado mental): _____

_____

Órgãos dos sentidos (visão e audição): _____

Estado de humor e afetivo: _____

Sistema músculo-esquelético: _____

Marcha e equilíbrio (Teste de Romberg modificado): _____

Amplitude dos movimentos articulares: _____

Musculatura: _____

Sistema linfático: _____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sistema respiratório: _____
Vias aéreas superiores: _____
Tórax: formato, expansão e simetria _____
Ausculta respiratória: _____
Sistema cardiovascular
Pulsos: _____
Perfusão periférica: _____
Rede venosa: _____
Ausculta cardíaca: _____
Sistema gênito-urinário: _____
Mamas: _____
Anormalidades: _____
Sistema digestório
Cavidade oral: _____
Abdome: _____
Outras informações: _____

IV. Avaliação da dependência na realização das atividades da vida

	Data			Data			Data			Data			Data		
Atividades da vida	DT	DP	I	DT	DP	I	DT	DP	I	DT	DP	I	DT	DP	I
Locomoção															
Alimentação e hidratação															
Eliminação urinária															
Fecal															
Higiene corporal															
Vestir-se															
Atividades realizadas em casa															
Sono e repouso															
Lazer e recreação															
Expressão da sexualidade															
Comunicação															
Uso de transportes															

Legenda: DT = dependência total; DP = dependência parcial; I = independência

V. Plano assistencial de enfermagem

Data	Problemas identificados	Ações de enfermagem

Assinatura do enfermeiro e número do COREn: _____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o idoso enfrenta. Como conseqüência, a viuvez pode trazer fortes repercussões negativas na área psicológica, podendo interferir também, de modo marcante, na área econômica, sendo inclusive uma das causas da institucionalização do idoso. O estado emocional pode divergir em função do tempo de viuvez, ou seja, a adaptação a esta situação pode ser, para o idoso que perdeu há muito tempo o seu parceiro, diferente daquela vivenciada pelo idoso cuja perda ocorreu recentemente.

Religião

Compreendida como uma das maneiras de expressar a necessidade espiritual, a religião se refere a um sistema externo e formal de crenças, ou seja, uma das maneiras de exercitar a espiritualidade.

Para as pessoas idosas, a religiosidade, tem um significado especial, principalmente entre aquelas que passam por alguma situação dolorosa como a doença e suas conseqüências, funcionando também como um suporte psicológico, já que nesta fase da vida a sombra da morte torna-se a cada dia mais próxima. As crenças religiosas podem ainda direcionar as atitudes do idoso em relação a algumas atividades da vida como alimentação, higiene pessoal, vestimenta, além de interferir na realização de procedimentos terapêuticos.

Instrução

Segundo dados obtidos por meio de estudos demográficos, no Brasil, 50% das pessoas com 60 anos ou mais são analfabetas e entre aquelas que conseguiram chegar às escolas, apenas 50,4% puderam completar o curso primário. Em pesquisa realizada com 1.602 idosos no município de São Paulo, 82% possuíam nível elementar de escolaridade, sendo 25% analfabetos, 10% sabiam ler e escrever e 47% tinham o nível primário completo ou incompleto. Apenas 19% dos idosos possuíam nível médio ou superior.

O baixo grau de instrução é um fator que interfere para a interação na comunicação e, portanto, há necessidade da adequação do vocabulário por parte do enfermeiro durante a consulta de enfermagem, assim como dos demais elementos da equipe de saúde na assistência ao idoso.

Ocupação Anterior e Ocupação Atual

Estes tópicos são importantes pois, quando ocorre defasagem, principalmente financeira, entre as duas ocupações, desencadeia-se um processo de insatisfação e inconformismo que repercute negativamente no indivíduo.

A aposentadoria traz algumas características marcantes nos idosos em nosso país, como a improdutividade, o fim de uma fase da vida, a redução do salário, além do recebimento de uma pensão que não lhes permite satisfazer suas próprias necessidades básicas. Estas questões levam o idoso à dependência de outras pessoas tanto no aspecto financeiro como na tomada de decisões.

Onde Mora e com Quem Mora

Registre o endereço do idoso e as pessoas com quem ele reside, segundo o grau de parentesco.

Por meio destes dados obtemos informações referentes às facilidades e dificuldades de acesso do idoso aos sistemas de apoio, tanto relacionadas às atividades diárias, como aos serviços de saúde. A investigação quanto às pessoas que moram com o idoso é de importância para a enfermeira, uma vez que a família é a maior fonte de apoio, principalmente quando o idoso apresenta limitações físicas ou mentais, necessitando, portanto, de ajuda para o atendimento das suas necessidades básicas.

Quem Cuida do Idoso

Esta questão complementa a anterior, pois em algumas situações é necessária a contratação de pessoas para cuidar do idoso, ou ainda, é realizado um revezamento entre os membros da família para a realização dos cuidados necessários. Em casos de idosos dependentes, recomendamos que durante a primeira consulta de enfermagem seja solicitada a presença da pessoa que presta assistência em casa ao idoso para que, nos retornos, possa também receber as orientações necessárias a cada situação.

Quem Responde

É relevante a inclusão deste item porque às vezes o idoso pode apresentar limitações na transmissão de informações, em conseqüência de dificuldades na audição e compreensão ou nervosismo, sendo necessária a interferência do acompanhante.

Razão para o Encaminhamento do Idoso

Esta pergunta tem como objetivo identificar os motivos que levaram ao encaminhamento do idoso à

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

instituição (asilo, clínicas, hospital dia, ambulatório etc.). Tais motivos podem ser: presença de doenças ou limitações físicas ou mentais, desajustamento familiar, sentimentos de inutilidade e rejeição, encargo econômico para a família, entre outros.

As questões abordadas até o momento dizem respeito à identificação do idoso e a seu contexto familiar.

Os próximos itens desta primeira parte visam ao levantamento de dados concernentes à saúde, ao aspecto emocional e à relação do idoso com seus familiares.

Percepção do Idoso sobre seu Estado de Saúde Atual

Esta informação permite a compreensão por parte do enfermeiro do conhecimento e atitude do idoso sobre seu estado de saúde, possibilitando desta maneira nortear a assistência de enfermagem a ser realizada. Cabe salientar que muitas pessoas revelam desconhecimento e resistência em aceitar a orientação médica, chegando até mesmo a discordarem das informações recebidas pela equipe de saúde.

História Médica (Problemas ou Doenças)

Neste item coletamos as informações do idoso, do acompanhante e quando possível, das anotações do prontuário. Consideramos importante a averiguação de problemas ocorridos relacionados à saúde, assim como a presença de doenças. Ressaltamos que é muito freqüente a presença de múltiplas enfermidades entre os idosos, principalmente as doenças crônicas.

A ocorrência de crises ao longo da vida, como mudança de trabalho, de casa ou de estado civil, podem ser fatores desencadeantes para as pessoas adoecerem.

Medicações e Tratamentos (Prescritos e por Conta Própria)

Nos idosos, a presença de várias doenças e sintomas os tornam grandes consumidores de medicamentos. Porém, nem sempre o idoso consegue seguir o tratamento prescrito devido a esquemas complexos, levando-o a interromper ou alterar a prescrição médica. Em outras situações o idoso acaba se auto-medicando por indicação de pessoas conhecidas ou com medicações obtidas em farmácias.

Há necessidade, portanto, de que o enfermeiro investigue com cuidado este aspecto durante a consulta de enfermagem, pois desta maneira poderá evitar danos maiores e orientar adequadamente o idoso.

Tabagismo e Etilismo

Os hábitos prejudiciais à saúde como o fumo e o álcool são alguns dos responsáveis por sintomas e doenças surgidos na idade avançada. Entre as conseqüências mais comuns, podemos citar as alterações emocionais e fisiológicas, como a depressão, o aumento de ansiedade e os distúrbios cerebrais, predispondo a quedas e a presença de doenças como câncer de pulmão, bronquites, enfisemas, cardiopatias ou vasculopatias, entre outras.

Portanto, a enfermeira deve investigar estes hábitos, visando a orientação do idoso quanto aos fatores deletérios que acarretam na sua saúde.

Qual É a Maior Preocupação do Idoso no Momento?

Este espaço é reservado para que o idoso exponha suas preocupações, embora nem sempre ele se sinta à vontade para fazê-lo, principalmente quando acha que está tomando muito tempo do enfermeiro e este se mostra muito ocupado. Nesse sentido, a assistência de enfermagem deve ser prestada com carinho, proporcionando conforto e apoio em momentos de ansiedade, solidão e desamparo, demonstrando disponibilidade para ouvir seus anseios e necessidades, e competência para intervir e auxiliar no momento adequado.

Como os Outros (Parentes e Amigos) Reagiram à Procura do Idoso pela Instituição?

Nesta questão o enfermeiro investiga o relacionamento do idoso com seus familiares e amigos, procurando identificar possíveis reações manifestadas por estas pessoas adiante da procura do idoso à instituição. Observamos que nem sempre o idoso procura um asilo ou atendimento à saúde espontaneamente, mas sim é levado por alguém da família, após discussões e decisões realizadas entre os seus membros.

Como mencionamos anteriormente, são vários os motivos que justificam a separação do idoso do seu contexto familiar, e esta separação nem sempre é aceita por todos.

Observações

Neste espaço o enfermeiro registra as observações realizadas em relação ao comportamento do idoso no que se refere às expressões faciais, aos movimentos corporais, aos gestos da mãos, visando a coletar

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

informações por meio da linguagem não falada ou seja, a comunicação não-verbal. A linguagem não falada pode transmitir uma série de mensagens e inclusive, expressar as necessidades do idoso. Assim sendo, neste espaço, a enfermeira pode registrar sua percepção sobre o idoso, atitudes de nervosismo, choro ou outras observações complementares.

Avaliação das Atividades da Vida

A seguir será abordada a segunda parte do modelo, que se refere à avaliação das atividades da vida, discutindo e justificando a presença de cada item.

Manutenção do Ambiente Seguro (Características da Habitação)

A avaliação das condições de moradia do idoso é de extrema importância, tendo em vista os riscos de quedas e acidentes, assim como as facilidades ou dificuldades na realização das atividades diárias.

As autoras Parmelee e Lawton[19], ao discorrerem sobre o envelhecimento relacionado ao aspecto do ambiente e segurança, apresentam o conceito de segurança como sendo "o estado no qual a busca dos objetivos da vida é ligada, limitada e ajudada pela interligação de recursos físicos, sociais e interpessoais. O termo enfatiza não somente segurança física e paz psicológica, mas a preferência de viver em comunidade ou em isolamento". Neste contexto, a segurança envolve uma variedade de condições que contribuem para a ausência de riscos e perigos relacionados à segurança física e à paz da mente. No que tange à questão da segurança física, as autoras afirmam que muitos estudos enfatizam a importância da orientação visual, familiaridade com o ambiente, integração com vizinhos e riscos reduzidos de acidentes como fatores que contribuem para a segurança física e bem-estar psicológico do idoso na comunidade.

A orientação visual será objeto de análise mais adiante na parte referente ao exame físico.

A familiaridade com o ambiente representa um importante aspecto, pois em muitas situações o idoso passa a morar com outros membros da família, portanto em outras residências, podendo apresentar dificuldades de adaptação a um ambiente diferente do que estava habituado.

A integração do idoso com vizinhos pode ser considerada um aspecto que favorece a segurança, uma vez que em alguns casos o idoso fica sozinho em casa, podendo precisar da ajuda de vizinhos.

Os fatores relacionados aos riscos de acidentes na moradia são de extrema relevância, principalmente se o idoso apresentar algum problema físico ou psicológico. Nesse sentido, é essencial a investigação quanto à presença de degraus ou escadas, o acesso aos diferentes cômodos da residência, o tipo de piso, a presença de tapetes soltos e móveis pequenos ou em más condições, a iluminação e ventilação, a presença de animais e o acesso à moradia.

Assim, consideramos que durante a consulta de enfermagem o enfermeiro deve estar atento às possíveis situações que coloquem em risco a segurança do idoso.

Locomoção, Atividades Físicas e Esforços

É por meio da locomoção que o indivíduo tem acesso aos diferentes locais para a realização das suas atividades diárias. Mesmo com o uso de acessórios como andador, muletas ou bengala, o idoso pode se tornar independente para realizar suas atividades, desde que o ambiente lhe proporcione condições para tal.

Com relação às atividades físicas, a sua realização é um fator importante para uma boa saúde, embora devam ser ajustadas adequadamente sua intensidade e quantidade à real condição e capacidade física do indivíduo, pois somente assim estará ajudando a melhorar a aptidão física e motora, aprimorando a força, tonicidade e resistências musculares e cardiorrespiratórias. Dessa maneira, os sintomas referentes aos esforços poderão ser controlados. Nesse contexto, o enfermeiro deve averiguar junto ao idoso o modo como ele se locomove, a prática de atividades físicas e os sintomas mediante os esforços, para identificar problemas relacionados a estas questões e planejar sua assistência.

Alimentação e Hidratação

Os idosos podem apresentar problemas relacionados à nutrição e à hidratação, desencadeados tanto por fatores intrínsecos ao processo de envelhecimento quanto por fatores econômicos, sociais e culturais.

A presença de afecções como hipertensão arterial e diabetes exige na maioria das vezes uma dieta específica que deve ser seguida, segundo as orientações de profissionais e avaliada na consulta de enfermagem.

É importante salientar que a inatividade e os fatores emocionais como a solidão e a depressão podem conduzir à perda do apetite ou a pouca motivação

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

para a ingestão de alimentos. Consideramos, portanto, que a presença de uma companhia durante as refeições, assim como a boa aparência dos pratos, podem estimular o apetite do idoso.

Quanto à hidratação, na idade avançada o indivíduo apresenta o mecanismo da sede diminuído, em decorrência de alterações nos mecanismos fisiológicos do equilíbrio hídrico durante o processo de envelhecimento. Segundo dados de literatura, as pessoas idosas devem ingerir, na ausência de contra-indicações, no mínimo dois litros de líquidos por dia.

Diante destas considerações acreditamos que devam ser investigadas pelo enfermeiro as características da alimentação e líquidos que o idoso ingere, a rotina das suas refeições como local, seu preparo, companhia, acesso aos alimentos e a presença de possíveis problemas.

Eliminação Urinária

Um dos problemas mais freqüentes na terceira idade é a incontinência urinária, que pode ser agravada entre os idosos com a mobilidade limitada, dificultando seu acesso ao banheiro, ocorrendo nestas situações a incontinência funcional. Em algumas situações há necessidade do idoso realizar alterações para possibilitar sua micção, como mudança de posição, apoio ao lado do vaso sanitário, ajuda para ir ao banheiro, uso de artefatos como comadre, papagaio ou urinol e, ainda, a realização de micção no próprio leito.

Assim, o enfermeiro, além de investigar a maneira como o idoso realiza sua micção, deve também investigar as características da eliminação urinária, como a freqüência, a coloração, o odor e os desconfortos associados à sua realização, bem como identificar o tipo de incontinência urinária, se for o caso.

Eliminação Fecal

A questão da constipação intestinal no indivíduo idoso é salientada por vários autores, e decorrente, principalmente, da falta de exercícios físicos e de erros alimentares. O próprio processo de envelhecimento e o uso de drogas também podem alterar o funcionamento intestinal. Além disso, destacam-se as possíveis dificuldades na realização da evacuação associadas ao impedimento de acesso ao banheiro, causado por limitação física, como, por exemplo, a amputação de membros inferiores. Nestas situações o idoso pode necessitar da ajuda de outra pessoa, de equipamentos de apoio, adaptações no banheiro ou, ainda, realizar a evacuação no leito.

Chamamos a atenção para a investigação quanto à freqüência da evacuação, características das fezes, a relação com os hábitos alimentares, medidas tomadas para prevenir constipação e desconfortos associados a esta atividade. Portanto, a avaliação deve abranger os aspectos relacionados ao modo como o idoso realiza sua evacuação, às alterações ocorridas, assim como às características da eliminação intestinal.

Higiene Corporal

Um dos indicadores mais utilizados na avaliação da capacidade funcional de idosos é a atividade de higiene. O seu desempenho demonstra o grau de dependência para o autocuidado uma vez que, para a realização da limpeza corporal, é necessária a locomoção ao banheiro ou, então, sua realização no leito, esta porém, dependendo da ajuda de outras pessoas. Em algumas situações em que o idoso apresenta dificuldade para deambular, para manter o equilíbrio ou outras limitações decorrentes do processo de envelhecimento, são necessárias adaptações no banheiro, com o objetivo de mantê-lo independente e prevenir quedas. Tais adaptações incluem: colocação de uma cadeira no interior do box, alças laterais, tapete antiderrapante, chuveiro ajustável, apoio ao lado do vaso sanitário, iluminação adequada, espaço livre, entre outros.

Dessa forma, durante a consulta de enfermagem, a enfermeira deve inspecionar as condições de higiene, porém com ênfase no modo como o idoso realiza esta atividade, a necessidade de adaptações, a dependência de outra pessoa, fatores de risco de quedas e possíveis problemas na realização da sua higiene corporal.

Ato de Vestir-se

O desempenho nesta atividade também é considerado na avaliação da capacidade funcional de idosos por alguns autores, tendo em vista as dificuldades que podem estar presentes na terceira idade em conseqüência do processo de senescência ou de senilidade. A escolha das roupas e calçados apropriados pode ajudar a reduzir o desconforto e a fadiga no ato de vestir-se, assim como prevenir o risco para quedas. Para tanto, é aconselhável a arrumação das peças do vestuário em ordem seqüencial.

Assim, consideramos que a atividade de vestir-se deva ser avaliada pela enfermeira tanto em relação à

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

adequação das peças do vestuário, quanto à maneira como idoso se veste e às possíveis dificuldades.

Atividades Realizadas em Casa

É importante para o idoso manter-se útil, com alguma atividade, mesmo que sejam pequenas obrigações, pois a ausência de atividade pode conduzir a sentimentos de inutilidade, impotência e solidão. Observamos com freqüência que muitos idosos realizam somente atividades relacionadas a lazer e recreação, como assistir a televisão ou ouvir rádio, conversar com amigos nas praças. As mulheres idosas parecem exercer atividades mais participativas, principalmente às referentes aos serviços domésticos e atividades manuais. Portanto, nesta questão, o enfermeiro deve identificar e orientar o idoso e seu familiar quanto a estes aspectos e procurar junto a eles quais atividades o idoso pode desenvolver em sua casa.

Sono e Repouso

Na velhice ocorrem alterações do sono com relação a sua duração, dificuldade para adormecer, interrupções mais freqüentes, sono mais leve etc.

Na avaliação desta atividade, o enfermeiro considera o desempenho e a qualidade que o idoso atribui ao sono, causas de possíveis alterações, a fim de elaborar sua assistência respeitando as características de cada indivíduo.

É importante, também, a investigação quanto aos fatores ambientais, materiais e individuais que estão relacionados com esta atividade. Quanto aos fatores ambientais, é aconselhável a manutenção do ambiente tranqüilo, a presença de iluminação indireta, temperatura e ventilação adequadas. Os fatores materiais referem-se a cama confortável, cobertas e roupas de cama limpas e de acordo com a temperatura, uso de lençol impermeável e grades quando necessário. Com relação aos fatores individuais, averiguar os hábitos e rotinas do idoso quanto ao cuidado corporal e horário que costuma ir dormir, a realização de atividades físicas e de lazer, hábitos prejudiciais à saúde como bebidas e fumo, assim como a presença de cochilos diurnos, questão esta discutida entre os estudiosos quanto ao seu benefício para a qualidade e quantidade do sono no idoso.

Além destes fatores o enfermeiro deve estar atento quanto ao uso de medicamentos pelo idoso e quando necessário orientar técnicas de relaxamento ao deitar.

Lazer e Recreação

Em estudos realizados com idosos, foi demonstrado que as atividades de lazer mais comuns são receber visitas, assistir televisão, ouvir rádio e visitar parentes.

A ausência de opções de lazer para esta faixa etária, acrescida das dificuldades impostas pelas condições econômicas na maioria desta população é barreira que limita a participação dos idosos em atividades recreativas. O convívio social é importante ao ser humano em qualquer idade, porém, na faixa etária em questão, deve ser incentivado para prevenir a solidão e o isolamento tão comuns após a interrupção das atividades profissionais. O tempo do idoso pode ser preenchido com atividades agradáveis, utilizando as suas aptidões, contribuindo desta maneira para a melhoria da sua saúde mental e física.

Expressão da Sexualidade

Na velhice ocorrem alterações na atividade sexual decorrentes de fatores fisiológicos, psicossociais e ambientais.

Os efeitos do processo de envelhecimento normal são menores do que as pessoas mais jovens freqüentemente supõem. No sexo masculino o padrão de excitação torna-se mais lento, o pênis menos sensitivo e com ângulo de ereção menor, o volume de ejaculação é reduzido e a "fase de recuperação" é maior. Nas mulheres, o padrão de excitação também torna-se mais lento, as zonas erógenas menos sensitivas, a mucosa vaginal torna-se mais seca, fina e menos elástica, ocorre diminuição da lubrificação durante a relação sexual e o número de orgasmos tende a diminuir. Contudo, a experiência sexual do passado é um dos fatores mais importantes para o êxito no desempenho sexual nesta idade.

Quanto aos aspectos psicossociais, os estigmas impostos pela sociedade talvez sejam os fatores de maior influência na sexualidade do idoso, uma vez que o "velho" é visto como fraco, sem sexo e sem beleza. Por meio da publicidade e dos meios de comunicação de massa, a sociedade marcou, estigmatizou o idoso pelos sinais reveladores da sua idade, destituindo-o de sua sexualidade e inibindo sua sensualidade. Por outro lado, a ausência de parceiros principalmente do sexo masculino para as mulheres idosas, também é um fator limitante. Segundo pesquisas, geralmente o homem morre antes da mulher, ocorrendo um período maior de solidão entre as mulheres com idade superior a 60 anos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Com relação aos fatores ambientais, a ausência de privacidade, quando diferentes gerações passam a morar juntas, e a institucionalização são aspectos que interferem na atividade sexual entre casais idosos.

Outro aspecto importante é a presença de doenças e incapacidades que podem causar efeitos diretos na função sexual (como nos casos de acidente vascular cerebral, diabetes, doença de Parkinson) resultantes da própria afecção, dos sintomas ou do tratamento. Efeitos indiretos, resultados de drogas e da alteração da imagem corporal causada por cirurgias mutiladoras como mastectomia ou amputação de membros, podem diminuir a auto-estima e a libido.

Quando o parceiro sexual é o próprio cuidador, pode haver confusão de papéis e também cansaço físico pelas tarefas executadas no cuidado, restringindo o interesse sexual.

Entretanto, ao nosso ver a sexualidade do idoso não pode ser interpretada somente por aspectos negativos. Há vários fatores positivos que favorecem o relacionamento sexual, como o maior número de horas livres, a ausência do risco de gravidez e a maturidade do casal. Na velhice a relação sexual não é necessariamente o ato físico do coito, mas a relação íntima compartilhada, a troca de carinhos e carícias que podem preencher e gratificar a ambos. "Sexo e amor podem significar muitas coisas para os idosos, como a oportunidade de expressar paixão, afeto, lealdade, admiração; o prazer de ser tocado ou acariciado; uma sensação de romance; uma afirmação da vida", afirmam Butler e Lewis[5].

O enfermeiro deve ter incorporado em seus conhecimentos os aspectos referentes à sexualidade do idoso, para que, durante a consulta de enfermagem, no momento adequado, consiga obter informações sobre esta atividade de maneira tranqüila, sem intimidar o idoso, para planejar sua assistência.

Comunicação

A necessidade de se comunicar é uma da mais importantes na hierarquia humana, contudo, a sua operacionalização adequada com o idoso não é tarefa simples, pois os estados de diminuição da audição e visão, o comprometimento da memória e do raciocínio, dificultam a comunicação de maneira acentuada.

O enfermeiro é o profissional que está sempre alerta e preocupado em conservar o sentido de valor e dignidade do indivíduo, personalizando a sua assistência, o que faz o idoso sentir que pode comunicar os seus temores e preocupações. O tempo gasto ouvindo-se um idoso é tão importante quanto o tempo gasto assistindo às suas necessidades físicas.

O estudo da comunicação não-verbal pode resgatar a capacidade do enfermeiro perceber com maior precisão os sentimentos do indivíduo, suas dúvidas e sua dificuldade de verbalização, assim como potencializar sua própria comunicação. Neste contexto, a avaliação de enfermagem deve contemplar estes aspectos, permitindo a identificação de problemas relacionados ao modo de comunicar do idoso, desconfortos como o embaraço social e o grau de dependência nesta atividade.

Uso de Transportes

A capacidade do idoso utilizar transporte coletivo ou individual é um parâmetro considerado por alguns autores na avaliação das capacidades ou atividades dos idosos.

As restrições presentes ao uso de transporte impedem o acesso destas pessoas aos sistemas de apoio à saúde, o que ocasiona muitas vezes, a interrupção de um tratamento.

Frente a estas observações consideramos importante a investigação desta questão com o idoso, visando a identificação de problemas e possíveis intervenções de enfermagem.

Hábitos Diários

Reservamos este espaço com o objetivo de proporcionar ao idoso a oportunidade de relatar seu cotidiano, as atividades que realiza no seu dia-a-dia e questões vinculadas ao relacionamento com os membros da família.

Exame Físico

A seguir abordaremos a parte referente ao exame físico, com base nas principais alterações anatômicas e funcionais que podem ser observadas no idoso.

A primeira parte do exame físico diz respeito às condições gerais do idoso como:

Sinais Vitais

Os sinais vitais são as informações básicas no atendimento da área de saúde e constituem elementos importantes para que o enfermeiro possa planejar sua assistência. Portanto, a avaliação destes dados deve ser feita de forma cuidadosa, procurando identificar possíveis alterações presentes.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Peso e Altura

Calcular o índice de massa corpórea por meio da fórmula: peso/altura^2.

Pele e Tegumentos

Neste item devem ser anotadas as alterações referentes à pele, como ressecamento, descamação, coloração, textura, pruridos, temperatura, presença de lesões e suas características, comparando várias regiões.

Os demais itens do instrumento compreendem os diferentes sistemas, procurando direcioná-los às peculiaridades desta faixa etária.

Sistema Neurológico e Estado Mental

Embora existam controvérsias quanto a utilização do mini-exame do estado mental, esta avaliação nos fornece indícios sobre a presença de demência no idoso e a necessidade de outras investigações.

Órgãos dos Sentidos

As impressões sensoriais são importantes para o bem estar psicológico e social, portanto, a presença de alterações pode interferir nas diferentes modalidades de interação social, ocasionando o isolamento e solidão do idoso.

Alterações auditivas nos idosos são comuns, como a presbiacusia (diminuição da audição), *tinnitus* (audição de ruídos desagradáveis e incômodos, zumbido), levando o idoso a apresentar problemas psicossociais e risco para acidentes. No entanto, o declínio da capacidade auditiva não pode ser visto como um fenômeno "normal" do processo de envelhecimento. Para sua avaliação podemos nos posicionar atrás do idoso, pronunciar frases ou questões curtas em som "normal" e solicitar ao idoso que as repita ou responda. Este procedimento pode nos fornecer indícios sobre a presença de alterações auditivas e a necessidade de investigações por outros profissionais.

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve investigar a presença de possíveis alterações, lembrando de pronunciar lenta e corretamente as palavras a fim de facilitar a compreensão por parte do idoso. Para a medida da visão "para longe" utiliza-se a tabela de Snellen, e para a medida "para perto", a tabela de Jaeger. Se não for possível o uso destas tabelas, pode-se utilizar recortes de revistas ou jornais, para a avaliação da acuidade visual.

Entre as alterações visuais mais freqüentes associadas ao processo de senescência e senilidade, podemos citar: presbiopia, catarata, glaucoma, degeneração macular e retinopatia diabética.

Diante destas observações consideramos importante a atuação da enfermeira, conforme salienta Cintra[9] no livro *Atendimento domiciliário*, de Duarte e Diogo[11], na saúde ocular do idoso e na prevenção da cegueira, por meio da investigação e detecção precoce de alterações oculares, do conhecimento das afecções mais comuns nesta faixa etária, para que as ações de enfermagem favoreçam a independência do idoso e o seu bem-estar.

O paladar e olfato, de acordo com a literatura, parecem sofrer poucas alterações durante a senescência, assim devem ser melhor investigados quando o idoso manifesta queixas ou mediante a presença de sintomas associados a afecções como hipertireoidismo, doenças hepáticas, tumores, trauma craniano, entre outras.

Sistema Músculo-esquelético

Alterações musculares, ósseas e articulares, associadas às transformações neurológicas, decorrentes do processo de envelhecimento, levam à diminuição da força, da resistência e da agilidade nos idosos e, conseqüentemente, à modificações da mobilidade, da locomoção e da postura. A avaliação do sistema músculo-esquelético, direcionada ao idoso, deve compreender a avaliação da marcha e do equilíbrio, lembrando do risco importante que as pessoas desta faixa etária apresentam para quedas, da avaliação da amplitude dos movimentos articulares e da musculatura.

Com o avanço da idade, o idoso pode apresentar mudanças no padrão da marcha, que precisam ser identificadas na sua avaliação, tais como insegurança, passo lento, inclinação da postura e diminuição dos movimentos dos membros superiores. O teste de Romberg (modificado), além de ser de fácil aplicação, nos fornece subsídios sobre o equilíbrio do idoso, segundo Paula e col.[17] Deve ser realizado com o idoso em pé, inicialmente com os olhos abertos e em seguida com os olhos fechados, para cada fase. Na primeira fase com os braços elevados à frente, em posição horizontal, e os pés separados na altura dos quadris. Na segunda fase, o idoso deve manter esta posição, mas com os pés juntos. A partir desta posição, o paciente deve manter um pé encostado no outro, deslocando um deles para trás, até que sua ponta atinja aproximadamente a metade do outro pé.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Na última fase, ainda na mesma posição, o doente deve colocar um pé encostado atrás do outro, em uma mesma linha. Deve-se observar a estabilidade em cada fase, por um tempo de dez segundos (com os olhos abertos e fechados). Ao perceber perda do equilíbrio e deslocamento do corpo ou dos pés do idoso, deve-se interromper o teste e registrar a fase.

A amplitude dos movimentos deve ser avaliada para cada articulação, lembrando de todos os movimentos possíveis, bem como avaliando a presença de dor, deformidade, edema, instabilidade na articulação, contratura e rigidez.

A musculatura é avaliada quanto ao seu tônus, massa e força muscular, principalmente dos membros.

Sistema Linfático

Deve-se identificar a presença de gânglios palpáveis em toda rede linfática, registrando suas características.

Sistema Respiratório

Por meio da inspeção, palpação, percussão e ausculta, devem ser avaliadas as vias aéreas superiores, o formato, expansão e simetria do tórax e, ainda, deve ser identificada a presença de ruídos adventícios (sibilos, roncos, estertores). As alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem modificar o funcionamento pulmonar, aumentando a vulnerabilidade do sistema respiratório do idoso para múltiplas afecções e sintomas. Assim, especial atenção deve ser dada à presença de sintomas como tosse, dispnéia, cianose, alterações do ritmo, sons e da amplitude da respiração.

Sistema Cardiovascular

Destacamos a avaliação dos pulsos periféricos, da perfusão periférica, da rede venosa e da ausculta cardíaca, lembrando das modificações ocorridas ao longo da senescência, tais como aumento da resistência periférica, rigidez das válvulas cardíacas e perda da eficácia e de contratilidade cardíaca, que podem levar a presença de arritmias cardíacas, hipertensão arterial, hipotensão ortostática, menor tolerância aos exercícios etc.

Sistema Gênito-urinário

Na avaliação do sistema gênito-urinário deve-se estar atento ao exame das mamas e quanto à presença de anormalidades, tais como obstrução do trato urinário, prolapso do trígono vesical, aumento da próstata, os quais podem predispor a perda de urina.

Sistema Digestório

O exame deste sistema deve compreender a inspeção (incluindo da cavidade oral, a mucosa, dentição, características da língua, presença de lesões, entre outros), ausculta, palpação e percussão do abdome, lembrando que o idoso tende a apresentar diminuição do peristaltismo, da produção de sucos gástricos e alteração do esfíncter intestinal, predispondo à constipação intestinal, incontinência fecal e aumento da flatulência.

Outras Informações

Este espaço é destinado ao registro de informações adicionais mencionadas pelo idoso ou acompanhante, ou detectadas pelo enfermeiro.

Avaliação da Dependência na Realização das Atividades da Vida

A quarta parte do modelo em discussão corresponde à avaliação da dependência na realização das atividades da vida. O objetivo desta parte é verificar o grau de dependência do idoso, entendida como a necessidade da ajuda de outra pessoa no desempenho das atividades diárias.

Para tanto, consideramos os diferentes tipos de dependência descritas à seguir:

- *dependência total (DT)*: condição em que o idoso refere a necessidade de ajuda total para a realização de determinada atividade;
- *dependência parcial (DP)*: situação em que o idoso refere a necessidade de ajuda parcial para realizar específica atividade;
- *independência (I)*: condição em que o idoso refere executar determinada atividade sem ajuda, mesmo sendo necessário o auxílio de acessórios como muletas, bengala, cadeira de rodas ou outros.

Visando facilitar a visualização do nível de dependência para cada atividade e as alterações no decorrer da implementação da assistência ou do tratamento, optamos pela elaboração desta avaliação sob a forma de quadro, conforme é demonstrado na quarta parte do instrumento apresentado.

Este quadro contém lacunas referentes à data e ao grau de dependência e ainda a relação das atividades da vida avaliadas na segunda parte do modelo.

Numa primeira consulta de enfermagem, na qual é realizada a avaliação inicial, nem sempre é possível

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a abordagem de todas as atividades, assim, nos contatos subseqüentes o instrumento deve ser retomado e nova avaliação deve ser realizada pelo enfermeiro, com o objetivo de identificar as alterações ocorridas no grau de dependência do idoso.

Desta maneira é possível uma avaliação contínua de cada atividade adiante da assistência de enfermagem prestada.

Plano Assistencial de Enfermagem

A quinta e última parte do instrumento se refere ao plano assistencial de enfermagem que, recordando o modelo das enfermeiras britânicas, corresponde às fases de planejamento da assistência e intervenção de enfermagem.

Consta nesta parte, as lacunas e espaços para o registro da enfermeira referentes à data, aos problemas identificados e às ações de enfermagem que se fazem necessárias. O registro das intervenções de enfermagem permite o prosseguimento da assistência iniciada.

Finalizando o instrumento, há um espaço reservado para a assinatura e o número de registro no Conselho Regional de Enfermagem, que deve ser preenchido após o término da consulta.

Nos retornos dos idosos, deve ser dada maior ênfase ao plano assistencial de enfermagem, no qual a enfermeira avalia a eficácia das ações de enfermagem propostas e realizadas, e também a avaliação da dependência na realização das atividades da vida.

As demais partes do instrumento podem ser abordadas de maneira sucinta. Caso surjam novos problemas, outras intervenções de enfermagem se fazem necessárias.

Considerações Finais

A realização da consulta de enfermagem exige disponibilidade por parte do enfermeiro ou número suficiente de profissionais da área para sua execução. Diante das dificuldades no processo de comunicação entre o enfermeiro e o idoso, relacionadas às próprias alterações decorrentes do envelhecimento, ou ainda às dificuldades de compreensão das questões ou orientações, sendo necessária repeti-las por várias vezes, a operacionalização da consulta de enfermagem torna-se extensa.

Contudo, o modelo permite a avaliação da dependência do idoso para o autocuidado, de maneira objetiva, proporcionando condições para o enfermeiro identificar os problemas presentes, planejar sua assistência, intervir e avaliar a assistência prestada de maneira contínua, individualizada e integral.

Deste modo, estará auxiliando o idoso a se adaptar às mudanças físicas e emocionais que interferem com a sua capacidade para o autocuidado, procurando garantir a qualidade de vida das pessoas na velhice.

Referências Bibliográficas

1. Bastian EM. Gerontologia: campo da enfermagem. Enf. Novas Dimens; 1979; 5: 17.
2. Berger L, Mailloux-Poirier D. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta; 1995.
3. Burnside IM. Enfermagem e os idosos. São Paulo: Andrei Editora; 1979.
4. Buscaglia L. Amor. Rio de Janeiro: Nova Era; 1972.
5. Butler RN, Lewis MI. Sexo e amor na terceira idade. São Paulo: Summus; 1985.
6. Campedelli MC. Consulta de enfermagem em geriatria: proposta de modelo. São Paulo; 1989, 92 p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
7. Cançado FAX. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed Ed./Health CR; 1994.
8. Ceolim MF. Idosas institucionalizadas: organização temporal da vigília e do sono. São Paulo; 1993, 183 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
9. Cintra FA. A enfermeira na promoção da saúde ocular e prevenção da cegueira no idoso. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, Porto Alegre; 1994. Temas Livres – síntese. Associação Brasileira de Enfermagem, Rio Grande do Sul.
10. Diogo MJD. A consulta de enfermagem centrada nas atividades da vida: proposta de assistência ao idoso com amputação de membros inferiores. São Paulo; 1993, 167 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
11. Duarte YAO, Diogo MJD'E (orgs.). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
12. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. A população idosa e o apoio familiar. São Paulo; 1991.
13. Gunter LM, Miller JC. Toward a nursing gerontology. Nurs. Res; 1977; 26: 208.
14. Heriot CS. Spirituality and aging. Holist. Nurs. Pract; 1992; 7: 22.
15. Johnson PA, Stone MA, Larson AM, Hromek CA. Applying nursing diagnosis and nursing process to activities of daily living and mobility. Geriatr Nursing; 1992; 13: 25.
16. Kallmann SL, Flynn MD, Blackburn DM. Comfort, safety and independence: restraint release and its challenges. Geriatr Nursing; 1992; 13: 143.
17. Paula JAM, Diogo MJD'E, Tavares MCGCF. Mobilidade do idoso: proposta para uma avaliação inicial. Med reabil; 2000; 52: 7.
18. Organización Panamericana de la Salud. Enfermeria Gerontológica: conceptos para la practica. Washington, D.C.; 1993. (Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, 31).

19. Parmelee PA, Lawton MP. The design of special environments for the aged. In: Birren J, Shaie KW (eds.). Handbook of the psychology of aging. 3 ed. San Diego: Academic Press; 1990. p.464.
20. Rodrigues RAP, Zago MMF. Incontinência urinária no idoso: assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP; 1991; 25: 21.
21. Roper N. Principles of nursing in process context. 4 ed. London: Churchill-Livingstone; 1988.
22. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. Learning to use the process of nursing. London: Churchill-Livingstone; 1981.
23. Silva MJP. O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP; 1991; 25: 309.
24. Smedley G. Adressing sexuality in the elderly. Rehab Nurs; 1991; 16: 9.
25. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Rio de Janeiro. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
26. Wagner EM. Amor, sexo e morte no entardecer da vida. São Paulo: Caiçara; 1989.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

31 Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Introdução

Em 1982, realizou se em Viena a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), na qual, dentre várias determinações, estabeleceu-se a idade de 60 anos como limite inferior para definir a velhice no ciclo de vida humano nos países em desenvolvimento — grupo em que o Brasil está incluído.

Esse evento veio ao encontro das modificações demográficas que vêm ocorrendo mundialmente. Estudos demonstram que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, notadamente acentuado na América Latina e especialmente no Brasil, onde, segundo projeções da OMS, a população com mais de 60 anos aumentará de modo que, em 2025, o país será o sexto no mundo em número de idosos.

Tais transformações ocasionarão mudanças profundas na estrutura socioeconômica e político-cultural da sociedade, com reflexos diretos no setor de saúde, responsável pelo planejamento da assistência às demandas específicas desse grupo etário, objetivando a promoção da saúde e a prevenção e/ou tratamento das enfermidades prevalecentes nos mesmos. Estudiosos desse campo vêm solicitando a inclusão de conteúdos gerontogeriátricos nas carreiras relacionadas à saúde, tais como medicina, enfermagem, psicologia, serviço social etc.

Historicamente, a sociedade médica foca o cuidado de doentes e, por tal razão, muitas de suas funções sempre estiveram relacionadas à recuperação da saúde. No entanto, a expansão de seu campo de ação permitiu o envolvimento desses profissionais no planejamento e na implementação de programas destinados à promoção da saúde, que atualmente adquirem importantes projeções.

A enfermagem é, dentre as áreas da saúde, um campo profissional apto a desenvolver atitudes efetivas e de grande impacto na atenção à saúde dos idosos. A prática de "assistir" ao ser humano envolve o homem e suas interações pessoais e ambientais, identificando problemas relativos às mesmas e estabelecendo as intervenções que se fazem necessárias para solucionar ou amenizar tais questões.

A enfermagem gerontológica propriamente dita é um campo de conhecimento recente e em organização, que reflete a preocupação dos enfermeiros com as questões relativas ao envelhecimento.

Este capítulo tem por objetivo fornecer alguns conceitos básicos relacionados à enfermagem gerontológica, de modo a subsidiar a assistência sistematizada aos idosos em geral e no contexto no qual estiverem inseridos (familiar e/ou institucional).

Assistência de Enfermagem: Conceitos Básicos

Em virtude de ainda existir em nosso país uma visão limitada do papel do enfermeiro, restringindo-o a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mero executor de tarefas rotineiras, curativas e predominantemente hospitalares, serão colocados a seguir alguns conceitos básicos descritos por Horta[8] que subsidiarão a compreensão dos princípios norteados da assistência de enfermagem:

"1. Enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente, quando possível, pelo ensino do autocuidado, bem como de manter, promover e recuperar a saúde em colaboração com outros profissionais.
2. Assistir, em enfermagem, significa fazer pelo ser humano tudo o que ele não pode fazer por si; ajudá-lo quando parcialmente impossibilitado; orientá-lo ou ensiná-lo quando necessário; supervisioná-lo ou observá-lo e encaminhá-lo quando a necessidade de assistência complementar se fizer presente.
3. A assistência de enfermagem consiste, assim, em atender às necessidades básicas do ser humano por meio da aplicação sistematizada do processo de enfermagem.
4. A enfermagem, em sua prática, respeita e mantém a unicidade, a autenticidade e a individualidade do ser humano.
5. A assistência de enfermagem é prestada ao ser humano, e não a uma doença ou desequilíbrio.
6. A enfermagem reconhece o ser humano como parte integrante de uma família e de uma comunidade, e também como participante ativo em seu processo de cuidado."

Com base nesses pressupostos, o enfermeiro está apto a atuar em diversos campos de ação, exercendo atividades de assistência, administração, ensino, pesquisa e integração nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Segundo Santos e col.[11], as áreas de abrangência de cada uma dessas funções são, resumidamente, as que se seguem:

- *função assistencial,* que engloba atividades dependentes e independentes dos demais elementos da equipe de saúde e visa ao atendimento às necessidades dos indivíduos, objetivando a conservação de sua integridade e a promoção de seu bem estar;
- *função administrativa,* que inclui as atividades sistematizadas do processo administrativo que proporcionem a efetivação da assistência;
- *função educativa,* que engloba as atividades de ensino formal (formação de profissionais e educação continuada) e informal (orientações ao paciente, família e comunidade quanto aos cuidados relativos a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde);
- *função de pesquisa,* que envolve atividades de estudo e pesquisa, tanto no ensino quanto na prática, levando o profissional a questionar fatos relativos à profissão e à saúde em geral;
- *função integrativa,* que envolve as relações entre enfermeiro, paciente e demais elementos da equipe de saúde através de ações que visem a maximizar as potencialidades dos mesmos.

Desta forma, verifica-se a amplitude de ações do enfermeiro e sua importância enquanto elemento da equipe de saúde na assistência à pessoa que envelhece.

O Que É Enfermagem Gerontológica?

Gunter e Miller[6] definem enfermagem gerontológica como o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento da pessoa idosa.

Babb a define como a área da enfermagem relacionada à valorização biopsíquica, sociocultural e espiritual das necessidades do idoso. Tem sua ênfase na maximização do nível de independência do indivíduo para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária (AVDs), em prevenir as doenças, promover, manter e restaurar a saúde e em preservar a dignidade, o conforto e o bem estar do idoso até que chegue a morte.

O cuidado efetivo em enfermagem gerontológica necessita de conhecimento especializado e desenvolvimento de habilidades específicas. Conforme enunciado de Campedelli[4]: "Embora possa parecer que a assistência de enfermagem em essência não seja para as pessoas idosas, o conhecimento das características inerentes dessa fase do ciclo vital impõe aos profissionais de enfermagem uma atenção especial para intervir de forma adequada e positiva. Assim, quanto mais o enfermeiro conhecer a respeito de seu paciente e estiver disponível a ele, melhor será a assistência que poderá prestar."

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os sentimentos, ações e atividades das pessoas idosas estão diretamente relacionados às suas necessidades de saúde, cuidados e bem estar. A habilidade do enfermeiro de identificar, compreender e quantificar esses dados será determinada pela qualidade e pela eficácia de sua avaliação, bem como pelas intervenções por ele prestadas.

Faz-se necessário, portanto, conforme citação de Babb, o desenvolvimento de uma estrutura teórica de conhecimento que auxilie os profissionais de enfermagem a identificar e avaliar corretamente as demandas específicas desse grupo etário, e assim:

- maximizar suas condições de saúde;
- minimizar as perdas e limitações desenvolvidas com o processo de envelhecimento;
- facilitar o diagnóstico e auxiliar no tratamento das enfermidades que possam acometê-los;
- proporcionar conforto nos momentos de angústia e fragilidade, incluindo o processo de morte.

A enfermagem gerontológica desenvolveria sua atuação em diferentes campos, a saber:

- educação;
- assistência;
- assessoria;
- planejamento e coordenação de serviços;
- ensino e supervisão dos cuidadores informais.

Para o desenvolvimento dessas atividades, continua a autora, espera-se que o enfermeiro e sua equipe estejam aptos a:

- avaliar a saúde física, psíquica e social do idoso e de sua família, utilizando, para tanto, instrumentalização sistematizada (entrevista, exame físico, observação) e, assim, determinar seu grau de funcionalidade;
- proceder à análise das informações coletadas, determinando o tipo de assistência necessária, e elaborar um plano assistencial com metas estabelecidas e prioridades assinaladas, objetivando sempre a maximização das potencialidades do idoso e do contexto no qual ele está inserido;
- assistir ao idoso e à sua família segundo o planejamento proposto, reavaliando a cada momento as intervenções estabelecidas;
- manter o idoso e seus familiares informados sobre os diagnósticos, tratamentos e cuidados a serem realizados;
- orientar o idoso e seus familiares sobre o processo de envelhecimento e sobre as condutas de saúde que poderiam auxiliar a melhoria de sua qualidade de vida, proporcionando-lhe mais bem-estar.

Entende-se, no entanto, que a enfermagem gerontológica, bem como qualquer campo profissional que atue com idosos, não pode ser realizada isoladamente, pois a efetiva assistência a esse grupo etário só pode ser conseguida com um trabalho multidisciplinar cujo princípio norteador seja a complementaridade, e não a competitividade.

Objetivos da Enfermagem Gerontológica

Os principais objetivos da enfermagem gerontológica podem ser assim resumidos conforme listados a seguir.

- Assistir integralmente ao idoso, à sua família e à comunidade na qual estiver inserido, auxiliando sua compreensão e facilitando sua adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento.
- Desenvolver ações educativas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde do idoso.
- Estimular a participação ativa do idoso e, quando necessário, de seus familiares, em seu processo de autocuidado, tornando-o(s), dessa forma, os principais responsáveis pela manutenção dos mais altos níveis de saúde e bem-estar.

Para alcançar esses objetivos faz-se necessária ao profissional de enfermagem a compreensão do processo de envelhecimento e, a partir de então, a identificação das necessidades básicas diferenciadas do idoso e a correta determinação de sua capacidade funcional para a realização das atividades da vida diária e da vida prática e, conjuntamente com ele, estabelecer um plano de intervenção que o auxiliará a minimizar os possíveis desvios presentes.

O Processo de Envelhecimento e a Enfermagem Gerontológica

Segundo Babb[1,2], "envelhecer é um fenômeno universal, seqüencial, acumulativo, irreversível e não patológico de deterioração de um organismo maduro próprio a todos os membros de uma espécie, de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

maneira que o torna, com o tempo, incapaz de enfrentar o estresse do meio ambiente, aumentando assim sua possibilidade de morte".

"Tais modificações", continua a autora, "são anatomofisiologicamente normais e ocorrem de forma progressiva, declinante (graduais, levando à morte), intrínsecas (ocorrem dentro do indivíduo, embora influenciadas pelo meio) e definitivas". À vista do exposto pode-se entender por que o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Embora sendo universal, o envelhecimento é um processo individual, manifestando-se de forma diferente em cada indivíduo e diretamente relacionado ao envelhecimento biológico, às enfermidades apresentadas, à perda de capacidades e às alterações sociais importantes ocorridas no decorrer da vida.

Conforme lembrado por Brunner e Suddart[3], "envelhecer não é algo que só acontece aos outros, mas sim uma experiência ímpar e altamente pessoal que afeta todos os que vivem por um tempo suficiente".

É uma fase caracterizada por três fatores fundamentais:

1. estresse relacionado a acontecimentos que alteram e perturbam a seqüência e o ritmo dos ciclos vitais;
2. "balanço", caracterizado por uma maior interiorização, com reexame e reavaliação de competências e prioridades;
3. alteração na perspectiva temporal, na qual começa-se a pensar em termos de vida restante e não mais em tempo vivido e, assim, a confrontação com a morte torna-se algo mais presente e próximo.

É importante que o profissional de enfermagem que assiste a pessoas idosas tenha consciência dessas transformações e, mais ainda, de que estas ocorrem com todas as pessoas, incluindo o próprio profissional, que deve periodicamente se auto-avaliar quanto a tais questões e verificar o seu grau de envolvimento e de adaptação ao processo.

Cabe à enfermagem estimular o idoso a encarar o processo de envelhecimento como um período dinâmico, que propicie reflexões sobre o passado de forma a cultivar uma visão esperançosa de futuro, e, acima de tudo, dar-lhe um tratamento digno, ouvindo-o atentamente, focalizando sua atenção no presente e discutindo com ele seus planos futuros, garantindo-lhe dessa forma sua individualidade e respeito.

Alterações Fisiológicas no Envelhecimento de Importância para a Assistência de Enfermagem

À enfermagem gerontológica interessam todas as alterações que ocorrem no envelhecimento. No entanto, ressaltaremos aqui alguns aspectos fisiológicos predominantemente presentes nos idosos, de maneira a auxiliar a avaliação dos profissionais de enfermagem em geral e a despertar seu interesse em aprofundar seus conhecimentos neste campo de atuação.

Fatores hereditários e ambientais influenciam diretamente no processo individual de envelhecimento, tomando-o, dessa forma, único para cada indivíduo.

O envelhecimento ocorre em todos os níveis do organismo — celular, orgânico e sistêmico — geralmente no sentido de deterioração. Assim, as perdas de células e de reserva fisiológica compõem o processo dominante dessa fase do ciclo vital.

Homeostasia

Homeostasia é a capacidade do organismo de se manter estável frente às alterações e agressões a que é submetido freqüentemente. Durante a vida, os mecanismos homeostáticos permitem a reação ou a adaptação desse organismo ao estresse do meio. Entretanto, o processo de envelhecimento torna tais mecanismos menos eficazes, o que permite que, em repouso, ocorra uma funcionalidade normal e, frente a fatores estressantes, haja vulnerabilidade devido à pouca ou nenhuma capacidade de reserva.

Sistema Nervoso

É um dos sistemas mais vulneráveis às alterações do envelhecimento. A perda neuronal inicia-se muito cedo (entre 25 e 30 anos) e progride no decorrer da vida, atingindo igualmente o cérebro e a medula espinhal. Outros fatores, como aumento na espessura das meninges, atrofia cerebral, diminuição dos pro-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cessos dendríticos, redução da substância branca, diminuição da velocidade de condução nervosa e aumento do tempo de resposta são exemplos das várias alterações que ocorrem neste sistema sobre as quais amplos estudos vêm sendo realizados. Estas transformações, quando presentes, acarretam conseqüências na vida do idoso que devem ser avaliadas pelo profissional de enfermagem, como por exemplo:

- alguns idosos apresentam diminuição da agilidade mental e da capacidade de raciocínio abstrato;
- outros apresentam diminuição da percepção, da análise e da integração de informação sensorial, diminuição de memória recente e alguma perda na habilidade de aprendizagem;
- pode-se observar também uma alteração na coordenação sensoriomotora, com reflexos no controle postural.

Alterações nos Sentidos

O envelhecimento produz no organismo humano graus variáveis de alterações sensoriais, às quais o profissional de enfermagem deve estar atento.

A diminuição do olfato, associada à redução do número de papilas gustativas, pode ocasionar diminuição do apetite e da sede, provocando desequilíbrio orgânico com perda de peso e até desequilíbrio hídrico. Pode provocar também maior risco de acidentes, como a intoxicação por gás ou por alimentos deteriorados.

A diminuição da audição por alterações estruturais pode levar à presbiacusia e esta, por sua vez, pode trazer como conseqüência o afastamento e o isolamento social de alguns idosos. No entanto, é importante ressaltar que nem todos os idosos apresentam deficiências auditivas, o que significa a atenção do profissional de enfermagem na maneira como irá se dirigir a este paciente. Não há necessidade de gritar, porém é importante que o profissional fale claramente, de frente para o idoso e preferencialmente em sua linha de horizonte. O timbre de voz utilizado de forma inadequada pode provocar barreiras na comunicação e interferir na assistência a ser prestada.

Ocorre redução da acuidade visual e da acomodação à luminosidade, bem como da visão noturna e do campo de visão periférico. Consequentemente, ler, assistir televisão e executar trabalhos manuais podem passar a ser particularmente cansativos. Essas alterações trazem implicações para a assistência de enfermagem, em especial no que diz respeito à prevenção de acidentes. A manutenção de uma luminosidade permanente é imprescindível, especialmente à noite, para evitar a ocorrência de quedas, uma vez que a adaptação do idoso a estas mudanças torna-se mais lenta. Os principais problemas oftalmológicos que ocorrem na terceira idade serão discutidos mais detalhadamente em um capítulo à parte.

A percepção dolorosa também se altera, bem como a regulação térmica. Sendo assim, o enfermeiro deve estar atento principalmente às mudanças de comportamento, pois sua sintomatologia pode ser diferentemente apresentada enquanto um processo patológico está sendo instalado.

Alterações Cardiovasculares

Em geral, os idosos preservam sua capacidade cardíaca em circunstâncias normais; no entanto, devido às perdas de suas reservas fisiológicas, podem não reagir adequadamente a estresses súbitos (perdas sangüíneas e esforços demasiados), sendo levados, nestas condições, ao desenvolvimento de processos patológicos.

Os vasos sangüíneos podem ter sua elasticidade comprometida, provocando implicações diretas na manutenção da perfusão global do indivíduo, bem como em seus níveis tensoriais normais. De fato, a parede da aorta e dos grandes vasos sofre perda da elasticidade, tornando se enrijecida, ocasionando aumento da pressão arterial sistólica. Nas arteríolas, o aumento da espessura das paredes determina elevação da pressão arterial diastólica.

Alteracões Respiratórias

A perda de elasticidade nos alvéolos e nos dutos alveolares e a calcificação das cartilagens costais são as principais responsáveis pelas alterações respiratórias nos idosos, provocando diminuição da capacidade vital e aumento do volume residual. Em conseqüência dessas modificações, verifica-se que os idosos apresentam insuficiência respiratória restritiva, obstrutiva e difusional que, no entanto, não são aparentes em circunstâncias normais, tornando-se evidentes apenas quando em condições de esforço ou quando ao envelhecimento associa-se um processo patológico pulmonar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Alterações Geniturinárias

Com o processo de envelhecimento ocorre uma série de alterações morfológicas e funcionais renais. Assim, entre as primeiras, observa-se diminuição do número de néfrons e outras alterações glomerulares, além de alterações tubulares. Em decorrência há diminuição do filtrado glomerular, do fluxo plasmático renal e da função tubular. Essas condições acarretam diminuição da capacidade de excreção renal e, por conseguinte, aumento da suscetibilidade à intoxicação por drogas e seus metabólitos, bem como aos efeitos secundários das mesmas devido a uma maior permanência no organismo.

No sexo feminino, a atrofia vaginal e o relaxamento dos músculos perineais podem estar presentes, ocasionando dispareunia, incontinência urinária ou urgência miccional e aumento da suscetibilidade a infecções. Em homens, as alterações prostáticas podem ocasionar modificações da permeabilidade uretral, com conseqüências na dinâmica miccional.

Alterações Gastrintestinais

As alterações mais comuns relacionam-se a mudanças na mucosa oral, atrofia mandibular, atrofia da mucosa gástrica e intestinal com conseqüente diminuição de secreções gástricas e enzimáticas e motilidade gastrintestinal reduzida. Conseqüentemente, há uma predisposição ao aumento do número de cáries, bem como ao edentulismo e à enfermidade periodontal, à redução na absorção de nutrientes e minerais e à constipação.

Alterações Musculoesqueléticas

Ocorre geralmente uma atrofia muscular lenta e gradual, em especial no tronco e extremidades, levando a uma perda de força muscular e à conseqüente diminuição de força, resistência e agilidade. Pode ocorrer a perda gradativa de cálcio, tornando os ossos mais porosos e mais leves e, consequentemente, mais propensos a fraturas. Pode ocorrer ainda a calcificação dos ligamentos e o enrijecimento das articulações, podendo ocasionar diminuição dos movimentos e instalação de processos dolorosos.

Exercícios programados e supervisionados podem auxiliar a minimizar essas alterações quando associados a uma dieta adequada.

Alterações na Pele

A pele é o órgão que mais evidentemente demonstra os sinais do envelhecimento. Muitas alterações, como perda de tecido de sustentação de gordura subcutânea, diminuição dos pêlos, alterações na distribuição da pigmentação de pele e pêlos, diminuição de glândulas sudoríparas e sebáceas, tornam a pele ressecada, frágil, sem a preservação de elasticidade e turgor, facilitando o aparecimentos de machucados, prurido e infecções. Cuidados com a integridade cutânea das pessoas idosas devem ser um foco de atenção dos profissionais de enfermagem permanentemente.

Ressaltamos que o conteúdo aqui exposto é sumário, exigindo dos profissionais maior aprofundamento nas questões pertinentes. O objetivo de sua exposição é somente chamar a atenção para alguns aspectos relevantes do cotidiano daqueles que assistem aos idosos e despertar seu interesse pelo estudo e pela pesquisa.

Necessidades Humanas Básicas e Envelhecimento

Após o conhecimento das alterações normais do processo de envelhecimento cabe discutir como elas, juntamente com tudo o que cerca o envelhecer humano, podem afetar a vida dos idosos. Uma das formas de avaliar essas alterações é a utilização das necessidades humanas básicas de Maslow como embasamento teórico.

O que são necessidades humanas básicas?

Horta as define como: "Estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, a família ou a comunidade apresenta em decorrência do desequilíbrio de suas necessidades básicas e que exigem uma resolução. Estas condições podem ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não."

Segundo Maslow, essas necessidades estariam hierarquizadas em cinco níveis. A ascensão a um nível superior exige obrigatoriamente a satisfação de um nível anterior. São elas (Fig. 31.1):

- necessidades fisiológicas;
- de segurança;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- de amor;
- de auto-estima;
- de auto-realização.



Fig. 31.1 Esboço da estrutura hierárquica das necessidades humanas básicas de Maslow.

Segundo Steffl[12], há uma tendência de se acreditar que muitos idosos despenderiam energia para sua auto-realização, pois já teriam superado todos os outros níveis de necessidades no transcorrer de suas vidas. Porém, na realidade, a grande maioria deles despende sua energia no primeiro nível da escala de Maslow, ou seja, estão apenas tentando sobreviver.

A auto-realização, segundo Maslow, seria o alcance de um estado de plenitude dificilmente atingível ou totalmente vivenciado. Segundo ele, as necessidades fisiológicas superariam todas as outras.

O profissional de enfermagem gerontológica deve estar atento em seu processo de avaliação para identificar quais necessidades básicas, no momento, mais intervêm no bem-estar do idoso a quem ele assiste e, conjuntamente com o doente e sua família, estabelecer quais as intervenções necessárias para o suprimento daquela necessidade. Sua atenção deve objetivar os aspectos relacionados ao bem-estar do idoso, no sentido de conforto (presença de dor, cuidados com a pele, alterações do sono e repouso); aspectos nutricionais (capacidade de alimentar-se, obtenção de alimento, preferências, hábitos, disponibilidades e problemas relacionados à alimentação); função circulatória e hidratação (equilíbrio hemodinâmico); continência (urinária e fecal); funcionalidade e independência (objetivo primordial da assistência de enfermagem); funções sensoriais e cognitivas (memória, orientação, raciocínio, concentração, crítica).

Em seguida, deve atentar aos aspectos psicossociais, em especial a auto-estima (conceito de si mesmo), a interação social (relações dinâmicas com a sociedade) e a atitude diante das perdas (familiares, sociais e trabalhistas). Há diferentes reações frente às perdas tão presentes na vida dos idosos. À enfermagem gerontológica cabe auxiliar os idosos a enfrentá-las, manejá-las e compensá-las para que possam ter a oportunidade de viver uma velhice plena e participativa. Finalmente, o enfermeiro deve atentar para os aspectos que circundam o idoso (família, moradia e serviços comunitários).

Uma vez atento a esses aspectos e apto a identificar as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes idosos, cabe ao profissional de enfermagem gerontológica prestar a assistência propriamente dita, porém de forma sistematizada.

Sistematização da Assistência de Enfermagem em Gerontologia

Acredita-se que a melhoria do cuidado assistencial de enfermagem em geral, e especialmente em enfermagem gerontológica, só ocorra com a sua sistematização. Dessa forma, o cuidado, deixando de ser informal, poderá ter suas bases científicas estudadas e aprimoradas.

Em gerontologia, o modelo assistencial proposto por Horta tem auxiliado muito a melhoria assistencial. Dentre todas as fases do modelo, as mais utilizadas e que melhor subsidiam a assistência compreendem:

- coleta de dados (histórico e exame físico);
- planejamento assistencial;
- intervenção (prescrição de enfermagem);
- evolução.

Cabe ressaltar alguns aspectos específicos relacionados à saúde dos idosos. Veja a seguir.

Coleta de Dados

Quando se trabalha com idosos, essa fase do processo de sistematização assistencial deve ser enfatizada. Os indivíduos mais velhos, ao fornecerem in-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

formações sobre seus aspectos de saúde, traduzem concomitantemente sua história de vida. Esta representa uma fase, talvez a mais importante, de interação e de estabelecimento de vínculos. A história de vida do paciente é carregada de sentimentos, mais que de acontecimentos cronológicos, e dela podem ser obtidas informações valiosas acerca do passado da pessoa, das circunstâncias presentes e de suas expectativas e perspectivas quanto ao futuro. Esses dados subjetivos serão complementados por dados objetivos obtidos no exame físico e nos exames laboratoriais (quando houver). Alguns aspectos são de suma importância, como apresentar-se antes do início da entrevista e esclarecer os objetivos da mesma, manter a identidade do idoso chamando-o pelo seu nome ou pela forma como prefere ser chamado (professor, doutor etc.), ouvir atentamente as colocações apresentadas respeitando o tempo do próprio idoso para fazê-las, tocá-lo respeitosamente quando isso se fizer importante durante a interação e destinar o tempo previsto para a entrevista somente para a realização da mesma, não a interrompendo para a execução de outros afazeres, pois isto pode dar ao idoso a idéia de que suas colocações não são importantes e novamente estabelecer uma barreira na comunicação.

Por invadir muito a privacidade do idoso, o exame físico deve ser previamente explicado e realizado após o estabelecimento de um vínculo profissional e de confiança. Conversar com o idoso durante a sua realização auxilia na diminuição da ansiedade. Solicitar o esvaziamento vesical e a satisfação de outras necessidades, como alimentação e hidratação, pode auxiliar na execução eficiente do exame.

Os dados coletados devem ser agrupados de forma sistemática e organizados internamente de maneira que possam ser úteis e de fácil recuperação. Passarão então a constituir os chamados dados básicos, sobre os quais as hipóteses assistenciais serão construídas. Quanto melhor e mais completos forem estes dados, mais sólida será a fundamentação do plano assistencial. Se, por outro lado, os dados forem coletados de forma inadequada, o embasamento será frágil, conseqüentemente, a assistência será ineficaz.

- A eficácia dessa avaliação deve responder às questões a seguir.
- O que está errado com a saúde desse idoso?
- O que está certo, funcional e promissor no estado de saúde desse idoso?
- Que cuidados serão mais apropriados para atender às necessidades básicas apresentadas por esse idoso?

A partir do momento em que os dados coletados responderem a estas questões, pode-se passar para a fase seguinte da sistematização, que engloba a elaboração do plano assistencial.

Planejamento Assistencial

Em gerontologia, a elaboração do plano assistencial é uma fase importante, pois visa a estabelecer o cuidado a ser prestado como um todo. Sempre que as condições do idoso assim o permitirem, ele deverá ser elaborado conjuntamente com o mesmo, pois sua participação ativa neste processo tende a desenvolver maior responsabilidade por seu processo de cuidado.

Intervenção (Prescrição de Enfermagem)

Consiste na fase de discriminação do planejamento assistencial em etapas preestabelecidas, visando a atingir metas anteriormente propostas (de curto, médio e longo prazos) e deverá ter a anuência do idoso e de seus familiares.

Evolução

Fase de avaliação que permeia todo o processo. Deve ser feita periodicamente, também em conjunto com o idoso e sua família, de maneira a permitir uma readequação do plano assistencial às evoluções positivas ou negativas apresentadas pelo paciente.

A sistematização do cuidado é um processo dinâmico que deve ser readequado a cada momento e quando isso se fizer necessário. É também a melhor maneira de garantir a qualidade da assistência prestada, além de permitir um cuidado cientificamente fundamentado.

Expectativa do Idoso Frente à Enfermagem Gerontológica

Por fim, seria interessante que os profissionais de enfermagem gerontológica tentassem se projetar num futuro distante e, imaginando-se idosos, descrever o que esperariam de profissionais que fossem atendê-los.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Respostas como compreensão e aceitação certamente estariam presentes, mas, além disto, haveria a expectativa por profissionais mais bem preparados para atender aos aspectos psicossociais do envelhecimento, bem como tecnicamente melhor habilitados.

Cabe, então, aos órgãos de formação profissional, atentarem para tais expectativas e adequarem o ensino às novas demandas do mercado.

Bibliografia

1. Babb P. Enfermeria gerontológica. Conceptos para la practica. Serie Paltex. n. 31. OPS, OMS; 1993.
2. Babb P. Qué es la enfermeria gerontológica? Enfermera al dia; 1982; 7: 4.
3. Brunner & Suddarth. Apoio de enfermagem a pessoas idosas. In: Enfermagem médico cirúrgica. 4 ed. Interamericana; 1978.
4. Campedelli MC. Atuação de enfermagem em geriatria e gerontologia. Rev. Paul. Hosp. São Paulo; 1983; 31: 198.
5. Freires AMG et al. Enfermeira: você e a comunidade conhecem o seu papel? Enferm. Rev. Belo Horizonte; 1993; 1: 35.
6. Gunter LM, Miller JC. Toward a nursing gerontology. Nurs Research; 1977; 26: 208.
7. Horta WA. A assistência de enfermagem ao adulto idoso. Enf Novas Dimens;1978; 4: 268.
8. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
9. Organização Mundial de Saúde. World Health Statistics Annual. Genebra: WHO; 1982.
10. Rodrigues RAP, Mendes MMR. Enfermagem geronto-geriátrica: proposta curricular. Rev Paul Enf; 1993; 12: 78.
11. Santos BMO et al. Proposta de um perfil do enfermeiro. Rev Paul Enf; 1984; 4: 4.
12. Steffl BM. Handbook of gerontological nursing. Nova York: Van Nostrand Reinhold Company; 1984.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

32 O Idoso na Comunidade: Atuação da Enfermagem

MARGARIDA SANTOS

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), por meio do Programa de Saúde da Família, tem seu enfoque voltado para a atenção básica prestada à comunidade. Nesse contexto, a enfermagem tem desenvolvido atividades cada vez mais diversificadas na implantação e no desenvolvimento de políticas e programas de saúde; o que demanda conhecimentos interdisciplinares e capacidade de atuação multiprofissional, além das competências e habilidades específicas da profissão.

O número de municípios que se integram aos programas de atenção básica de saúde, segundo o Ministério da Saúde, tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a lugares geograficamente distantes dos centros de produção científica, principalmente das universidades. Esta realidade tem propiciado o deslocamento de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros, para regiões distantes e, por vezes, de hábitos e costumes diferentes.

Segundo Antunes[2], é na descentralização dos serviços, especialmente na atenção básica, que a enfermagem brasileira tem mostrado sua força, compromisso e competência. Majoritariamente, é a enfermagem que tem dado sustentação às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, apesar das adversas condições de trabalho que tornam gerenciar e organizar serviços de saúde e de enfermagem para a atenção básica uma tarefa extremamente complexa. Os desafios gerenciais na organização do SUS, especialmente no que diz respeito a ações necessárias para a implantação da NOAS, do acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica, da Programação Pactuada Integrada Epidemiológica e da Assistencial, do Cartão SUS, da Agenda da Saúde, entre outros instrumentos de gerência, têm sido enfrentados pelos profissionais enfermagem.

Integrando uma equipe que, na maioria das vezes, consta de apenas um médico, dois auxiliares e seis agentes comunitários, o enfermeiro tem nesta equipe a atribuição de capacitar os agentes de saúde e desenvolver um processo de educação permanente, de acordo com as necessidades da comunidade. Normalmente, esses agentes são pessoas leigas recrutadas na comunidade, treinadas para visitas domiciliárias visando ao reconhecimento, encaminhamento e acompanhamento de problemas básicos de saúde.

A principal função da enfermagem na atenção básica, segundo suas atribuições profissionais e definição da NOAS/02, é prestar assistência individual e coletiva, levando em conta as necessidades da população, aliando a atuação clínica à prática de saúde coletiva, realizando cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para continuidade da assistência prestada, realizando consulta de enfermagem, solicitando exames

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

complementares, prescrevendo ou transcrevendo medicações conforme protocolos do Ministério da Saúde e disposições legais. Nominalmente, executa as ações de assistência integral à criança, à mulher, ao adolescente, ao adulto e ao idoso.

Portarias, Políticas e Decretos: Pacto da Saúde

As mudanças decorrentes do envelhecimento populacional levam a alterações previsíveis nos campos social e epidemiológico, para as quais freqüentemente não estamos preparados devido à falta de planejamento político-social e treinamento adequado de recursos humanos. Nos últimos anos, possivelmente devido à expressão epidemiológica e social cada vez mais clara destas conseqüências, portarias, políticas e decretos têm sido promulgados na tentativa de adequar a realidade assistencial às necessidades cada vez mais evidentes da população idosa. Dentre elas a Portaria 1395/1999/GM – Política de Saúde do Idoso; a Lei 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso; e, mais recentemente, a Portaria 399/2006/MS, que divulga, consolida e aprova o Pacto pela Saúde 2006, cujas diretrizes operacionais iniciais — o Pacto pela Vida — têm como prioridade a saúde do idoso.

A Política de Saúde do Idoso tem como diretrizes essenciais:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- e o apoio a estudos e pesquisas.

O Pacto pela Vida determina que o trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes.

1. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
2. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
3. Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
4. Implantação de serviços de atenção domiciliária.
5. Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
6. Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
7. Fortalecimento da participação social.
8. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
9. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
11. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O programa tem como principais ações estratégicas a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, o Programa de Educação Permanente à Distância, o Acolhimento (que visa à acessibilidade), a Assistência Farmacêutica, a Atenção Diferenciada na Internação e a Atenção Domiciliária. Infelizmente, a maioria ainda não está disponível a todas equipes de saúde da família.

Diante da obrigatoriedade da legislação vigente, das necessidades específicas dos idosos, do distanciamento de certos municípios dos centros de divulgação cientifica e da ausência ainda persistente de conteúdos gerontológicos na maioria das instituições de ensino, a enfermagem decisivamente se defronta com dificuldades para assistir adequadamente ao paciente idoso.

Na atuação efetiva da atenção básica, a enfermagem presisa conhecer e diagnosticar as necessidades da comunidade, da família e da pessoa idosa.

Comunidade

História

Há necessidade de manter-se informado quanto à história da população (origem, principais lutas e glórias), principais eventos e origem cultural, tradições, usos e costumes, principalmente relativos aos alimentos e aos cuidados com a saúde (usos e crenças da medicina natural). Os valores éticos e sociais nem sempre estão claramente explícitos imediato, e freqüentemente se faz necessário conviver algum tempo, observar, ouvir o juízo de valor das pessoas frente às diferentes concepções para entender seus posicionamentos. De qualquer modo, para a enfermagem é

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

muito importante discernir corretamente entre o normal e o usual ou comum em uma comunidade.

Etnia, Crenças e Valores

Destaca-se o reconhecimento de que a etnia não é apenas importante por enfocar um sentimento de identificação, a cultura de um grupo ou sua herança cultural. Ela freqüentemente se caracteriza não apenas pelo aspecto físico, mas por uma linguagem própria, hábitos de vida, práticas religiosas, costumes alimentares, sonoridade e não raro formas específicas de entendimento do adoecimento e da morte. Esses parâmetros aliados à herança genética podem determinar menor ou maior prevalência de algumas doenças, como, por exemplo, a hipertensão arterial na raça negra. A etnia, o gênero, a idade e fatores socioeconômicos como renda e educação condicionam situações biológicas e culturais importantes na ocorrência de problemas de saúde, tornando necessária a inclusão dessas informações nos cadastros da atenção básica de saúde.

É importante, portanto, estar atento à emissão impensada de juízo de valor relativo à medicina popular. O curandeiro, por conviver na mesma circunstância sociocultural, conhecer em profundidade o paciente, partilhar de seus usos e costumes, tem, de certo modo, mais confiança do paciente do que o desconhecido profissional de saúde, com sua linguagem e seus métodos por vezes alheios àquela cultura. Entender o conceito de saúde e doença da comunidade é o primeiro e decisivo elemento para trabalhar o envelhecimento saudável.

O respeito aos preceitos religiosos da comunidade muitas vezes pode incluir o convívio e a aceitação de práticas e personagens como benzedeiras, orientadores e guias espirituais dos mais diversos. Deve-se, no entanto, evitar que estes interfiram em tratamentos clínicos, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes e processos renais, nas quais os medicamentos e técnicas aplicadas não conduzem à cura. Oferecer informação pormenorizada sobre a doença, seu tratamento e suas complicações ao cliente e sua família é uma atividade decisiva para o sucesso das ações de enfermagem.

É importante lembrar que "os antropólogos pensam que suas idéias são apropriadas para interpretar as crenças que outros povos têm acerca do mundo, mas, ao mesmo tempo, sabem que suas idéias, do mesmo modo que as crenças que tentam interpretar, são produtos de determinantes históricos e sociais particulares" (Young, 1982, citado por Erthal[11]).

Situação Demográfica

É fundamental conhecer a realidade demográfica da área, demonstrada não apenas na referência numérica de cidadãos, mas na sua distribuição etária e geográfica indispensável na formulação das metas assistenciais. Segundo o IBGE/PNAD[14], o grupo etário de 15 a 19 anos entre os brasileiros ainda era o maior, mas o seu percentual na população continuava em queda. No outro extremo, a população de 60 anos ou mais continuou crescendo gradativamente: representava 6,4% da população em 1981; subiu para 8% em 1993 e chegou a 9,6% em 2003. Em números absolutos, isso significa que, dos quase 174 milhões de pessoas no país, 16,7 milhões tinham na ocasião no mínimo 60 anos. Entre as regiões, as maiores participações de idosos de 60 anos ou mais estavam no Sudeste (10,5%), no Sul (10,4%), seguidos do Nordeste (9,2%), do Centro-Oeste (7,4%) e do Norte urbano (6%).

É importante reconhecer que a distribuição etária de uma população informa seu percentual relativo de idosos e, com ele, pode-se entender o impacto social da relação de dependência. Esta é expressa pela razão de dependência demográfica: o quociente entre a população dependente, jovens de 0 a 14 anos, e os mais idosos (pessoas acima de 65 anos). As mulheres apresentam uma razão de dependência de 5,2%, enquanto para os homens esta é de 4,1%. O diferencial por sexo é devido à maior longevidade feminina. Com a queda da natalidade, a redução da população infantil (0 a 9 anos) e o aumento da população idosa, o número de dependentes por trabalhador aumenta, comprometendo a segurança familiar e a previdência social.

As mulheres, em geral, são maioria entre os idosos. Em 1993, esse percentual era de 54,5%. Em 2003, na região Sudeste, por exemplo, 57,3% do contingente de idosos era formado por mulheres. O menor percentual de mulheres entre os idosos estava no Centro-Oeste (51,6%). Comparar a realidade populacional do país com sua comunidade pode auxiliar a enfermagem no diagnóstico das necessidades da população.

A composição masculina e feminina na diferentes faixas etárias, em especial entre os maiores de 60 anos,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

possibilita à enfermagem adequar a estrutura operacional do serviço de atenção básica à saúde da família, levando-se em consideração que as mulheres estão mais atentas às necessidades de saúde e procuram mais esses serviços, além de serem excelentes receptoras de informações sobre cuidados com a saúde.

A distribuição geográfica aliada à rede de acessos (estradas, vias e transportes) disponibiliza para a enfermagem as diversas possibilidades de atender adequadamente à população rural e urbana, nas ações de busca ativa e resposta à demanda espontânea.

Alfabetização

O índice de alfabetização geral e relativo (para cada faixa etária), é considerado pela enfermagem não apenas uma forma de inclusão, mas de educação para a vida, para a cidadania e para os valores sociais e econômicos. Saber ler e escrever torna o idoso um cidadão de maior valor social com autonomia de decisão e capacidade de gerenciar seus bens. Nos últimos anos, os índices de alfabetização entre os idosos (principalmente os mais jovens) aumentaram consideravelmente. Em 1983, quase metade dos idosos eram analfabetos; atualmente menos de um terço da população está nessa situação, sendo que as mulheres têm menor percentual.

Renda

As informações estatísticas disponíveis, que tomam como referência básica o salário mínimo, cujo valor é único para todo Brasil, quando analisadas em relação às condições de vida, acesso e necessidades de diferentes populações têm diferentes significações. Por exemplo, para um idoso que vive nos grandes centros urbanos, cujas necessidades são múltiplas, o valor mínimo da aposentadoria ou pensão se mostra insuficiente e freqüentemente há necessidade de complementação por meio de trabalho ou ajuda familiar. Nos pequenos municípios, socialmente distantes dos grandes centros de consumo, as necessidades são numérica e qualitativamente menores e a aposentadoria ou pensão mínima tem um valor significativo, facilitando o acesso ao crédito, sendo referência de seguridade social e promovendo considerável aumento da renda familiar. Nesses termos, os idosos vêm assumindo papel de apoio às famílias na qual estão inseridos por meio da sua participação contributiva. Em 2001, nesses casos, em famílias com idosos, estes contribuíam com 60,2% da renda familiar. Além de contribuírem com a renda familiar, os idosos estão recebendo filhos adultos e netos em casa.

A concentração de renda e o custo de vida podem influenciar na qualidade de vida, na participação nos bens, produtos e serviços. Em comunidades geograficamente distantes ou pouco acessíveis, o custo desses bens e produtos pode ser majorado, ou eles podem se tornar indisponíveis no mercado local.

Legislação

A legislação do SUS (Lei 8.080) garante a todos os brasileiros a saúde como direito, a integralidade de assistência, a universalidade, a eqüidade com resolutividade, a intersetorialidade, o atendimento humanizado e a participação no controle social, tudo isso por meio da organização da Atenção Básica de Saúde. Negri[24] comenta que o repasse mensal de recursos permite que o gestor municipal possa responsabilizar-se pela prestação dos serviços de atenção básica. Para isso, faz-se necessário que o município elabore e implemente seu Plano Municipal de Saúde, no qual deverão estar garantidos para os idosos a prevenção vacinal das infecções respiratórias, o controle e o tratamento da obesidade, da hipertensão arterial e do diabetes, além da prevenção de quedas e do incentivo a grupos de auto-ajuda.

São também de responsabilidade do gestor municipal por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes ações de:

- promoção e articulação necessária com as demais instâncias do SUS, visando ao treinamento e à capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de saúde do idoso;
- manutenção e provimento no Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos;
- promoção e difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos de vida saudáveis, junto à população de idosos, valendo-se, inclusive, da mobilização da comunidade;
- implantação de rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos — hospital dia, centro dia — e de atendimento domiciliário;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- estímulo e apoio à formação de grupos de autoajuda e de convivência integrados a outras instituições que atuam nesse contexto, viabilizando a participação dos idosos nas diversas instâncias sociais.

Nesse contexto, compete à enfermagem garantir a saúde e a assistência integral ao idoso; não apenas atuar nas prioridades e determinações da atenção básica, mas verificar e promover o reconhecimento, a vigência e observância das legislações que garantem os direitos dos idosos na saúde, no transporte, no lazer, na participação e na assistência social.

Localização Geográfica

Conhecer a localização geográfica da comunidade é necessário não apenas devido à importância dos limites, proximidades ou distâncias de áreas ou locais de referência, mas, essencialmente, pela importância das variações climáticas para a saúde, bem como das dificuldades ou facilidades de acesso aos serviços. Estas últimas são condicionadas às malhas viárias, meios de transporte e reconhecimento dos recursos comunitários.

Condições de Habitação e Saneamento Básico

A maioria dos idosos brasileiros que é chefe de família (em alguns municípios eles chegam a mais de 50%) vive em casa própria. Para que a enfermagem avalie adequadamente as condições de vida dessa população e diagnostique suas necessidades se faz necessário conhecer as condições de moradia (tipo de habitação, número de residentes) e a disponibilidade de saneamento básico, principalmente o fornecimento regular de água potável, o destino adequado dos dejetos sanitários, a coleta regular e o destino adequado do lixo. Essas são informações imprescindíveis ao planejamento das atividades e direcionamento das ações educativas.

Dados Epidemiológicos e os Serviços de Saúde

Considerando as últimas décadas, o padrão epidemiológico brasileiro sofreu uma mudança significativa, passando de uma prevalência de mortalidade por doenças transmissíveis para a morte por doenças crônicas não transmissíveis. Na população geral, esse padrão tem se mantido nos últimos anos. Entretanto, quando avaliamos uma comunidade específica, faz-se necessário atentar para as peculiaridades muitas vezes despercebidas quando estes dados são incluídos no contexto global. Embora constatando que a hipertensão, as doenças cardiorrespiratórias, o diabetes e a depressão sejam prevalentes na comunidade, vale considerar suas variáveis (idade, sexo, etnia, condições sociais) e a coexistência de outras ocorrências como, por exemplo, doenças infecciosas e causas externas. Comparar os dados epidemiológicos com os serviços de saúde existentes, sua adequação e seu percentual de cobertura dará à enfermagem a dimensão das necessidades do sistema.

Ainda com relação aos serviços de saúde, faz-se necessário avaliar sua acessibilidade, quantidade e qualidade das ações desenvolvidas, a observância da prioridade para os idosos e, principalmente, o grau de resolução em relação aos problemas referidos pela população.

A Família

Importância da Estrutura

Pesquisas têm demonstrado que, no Brasil, famílias com idosos, quer na qualidade de chefes de sua própria família ou mesmo como parte desta, apresentam uma estrutura bastante diferenciada das que não têm idosos. São famílias menores, em etapas do ciclo vital mais avançado e, conseqüentemente, com estruturas mais envelhecidas (os chefes com idade média em torno de 68 anos contra os chefes com 45 anos nas famílias sem idosos) e com uma presença maior de mulheres na condição de chefes ou de pessoas de referência (35,5% contra 16,4% nas famílias sem idosos). O número médio de pessoas que trabalham nas famílias com idosos é quase três vezes maior do que nas famílias sem idosos. Nas famílias sem idosos predominam fortemente os arranjos de casais com filhos (63%) e de pessoas vivendo sós (17%). A proporção de mulheres morando sós é maior do que a de casal com filhos, ultrapassando a marca de um quarto das famílias que recebem menos de três salários mínimos. Essa proporção chega a ser mais de duas vezes a observada entre as famílias mais ricas.

Em tempos anteriores, as famílias eram numerosas, estáveis, com papéis hierarquizados e rígidos que definiam uma estrutura de comportamentos a serem obedecidos. Atualmente, quando se opta por "estar

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

junto pelo prazer da partilha", o grupo familiar é visto como um sistema de relações significativas, mesmo que não haja consangüinidade, mas interdependência afetiva, aceitação e apoio. Com isto, passou a ser constituída e reconhecida civilmente a união estável, contida no Código Civil.

Dados estatísticos e demográficos da estrutura familiar nos municípios podem ser encontrados em publicações confiáveis (IBGE, Municípios); entretanto, a aproximação da enfermagem com as famílias garante uma avaliação atualizada e fidedigna da realidade no momento vivenciada, uma vez que em algumas condições sociais e econômicas a estrutura pode ser freqüentemente mutável.

Expectativas

Observar uma família requer atenção especial no entendimento de suas expectativas, desejos, sonhos, esperanças, enfim de seu projeto de vida integrada. Dentre essas expectativas destacamos as de cunho social como trabalho, promoção, reconhecimento, prestígio e aquisição de bens. As financeiras, que relacionam os ganhos, as despesas familiares, o equilíbrio entre estes e a perspectiva realista ou não de melhorias. As afetivas se relacionam com situações que podem, dependendo da intensidade e significação do evento, conduzir a situações de crise, observada nos relacionamentos, casamentos, separações e morte. Finalmente, a expectativa de poder, na determinação dos papéis intra e extra familiares — quem provê, quem manda, que valores são observados ou modificados.

Aposentadoria

A aposentadoria é um rito de passagem, uma condição nova de vida, socialmente caracterizada por perdas. Perde-se um papel social construído e vivido durante anos, com o sacrifício dos próprios laços familiares e afetivos[34].

A enfermagem poderá identificar, se possível com ajuda de um psicólogo, as expectativas da família em relação à aposentadoria de seu provedor. Sem dúvida, é importante também constatar a mudança ou manutenção dos papéis e valores familiares, principalmente se as mudanças destes conduzirem a situações de crise ou ocorrência de quadros depressivos.

Renda Média e Variações

As variações de renda em famílias com ou sem idosos podem influenciar as condições de saúde de seus membros. Silvestre[31] compara o custo da assistência à saúde entre as diferentes faixas etárias, sendo a das pessoas idosas a mais elevada. Notoriamente, quanto maior a dependência e as necessidades de gastos com a saúde, maior o estresse financeiro. Idosos autônomos com renda colaboram com a manutenção familiar no apoio aos filhos[4]. Reconhecer estas diferentes realidades pode ajudar a enfermagem na orientação familiar quanto a seus direitos e à satisfação de suas necessidades de saúde.

Condições da Residência e Número de Pessoas Residentes

Para a enfermagem, as condições de residência são decisivas na determinação das necessidades de saúde de uma família. A estrutura da residência pode desde facilitar a propagação de doenças transmitidas por artrópodes até ser considerada insalubre, devido, por exemplo, ao tipo de revestimento utilizado (amianto). Idosos e crianças são particularmente sensíveis às variações climáticas, à aeração e aos resíduos domiciliários.

A quantidade de pessoas residentes, relacionada ao número de aposentos e à faixa etária, determina as condições de privacidade, relacionamentos e condições de vida da família, principalmente quando idosos dependentes partilham ambientes íntimos com adolescentes.

Conhecimento e Experiências com a Saúde

Experiências anteriores com problemas de saúde muitas vezes definem os posicionamentos e formas de atuação da família diante de uma nova situação, o que não significa necessariamente que estejam certos, errados ou que seu comportamento não possa ser mudado. Algumas vezes, pode-se observar um choque entre a experiência historicamente consagrada e a forma de atuação da enfermagem na equipe de saúde da família. Inovações técnicas e novos conhecimentos, quando repassados com respeito à opinião e à liberdade do cliente, podem alimentar a esperança quanto ao enfrentamento do problema. A orientação de enfermagem clara e concisa é fun-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

damental na organização do cuidado com a saúde, principalmente no que se refere a novos conceitos e práticas.

Conhecimento e Utilização dos Recursos Comunitários

A falta de informação sobre os recursos da comunidade aliada à baixa escolaridade e precárias condições econômicas leva algumas famílias a um estado de sofrimento desnecessário, que muitas vezes é detectado pela equipe de saúde somente em sua fase aguda. Compete à enfermagem informar por meio de consultas, encaminhamentos, palestras e reuniões educativas os recursos comunitários disponíveis e seus meios de utilização.

A existência de doenças crônicas, debilitantes, reincidentes e problemas psiquiátricos, além da co-existência de problemas graves de saúde numa família são condições mantenedoras de elevados níveis de estresse e podem levar a situações predisponentes a maus-tratos. Isso devido à manutenção das condições adversas por longos períodos, conduzindo a sentimentos de irritação, agressividade ou simples desinteresse e aparente alienação. Cabe à enfermagem ajudar os familiares a se concentrarem nas tarefas e atividades adequadas a minimizar o desgaste físico e mental, possibilitando ainda sua participação nas decisões, fortalecendo sua capacidade de resolver problemas pela identificação de sua competência e necessidades de ajuda. Cabe prover ainda a informação de como e onde conseguir auxílio. Decisivamente, a principal tarefa da enfermagem consiste em distribuir as atividades elementares de cuidado por todos os componentes da família, aliadas a informações precisas e práticas inicialmente supervisionadas.

Evidências ou Possibilidade de Maus-tratos Físicos, Mentais e Sociais

Segundo a Organização Mundial de Saúde, maus-tratos ou abusos podem ocorrer em um ato único, uma situação repetitiva ou até mesmo na ausência da ação apropriada em qualquer relação em que haja expectativa de confiança. A ação ou omissão pode provocar muito sofrimento ou desgaste na pessoa idosa. Em geral, os maus-tratos são praticados principalmente por aqueles que cuidam de idosos com incapacidade física ou psicologicamente dependentes.

Realidades Predisponentes

O aumento da população maior de 80 anos, que por suas características fisiológicas é geradora de dependência, constitui um fator de risco para abusos e negligências, principalmente quando associada a pobreza e precárias condições de suporte social.

Nos hospitais, os idosos são impedidos de morrer pela utilização de equipamentos de alta tecnologia, terapias moleculares e genéticas, enquanto no domicílio seus familiares desconhecem como mantê-los limpos, alimentados e livres de escaras. Famílias sem condições técnicas, informações básicas e entendimento da importância de uma terapêutica medicamentosa prestam apenas assistência elementar de saúde.

Como o Enfermeiro Pode Identificar Situações de Maus-tratos?

Pela evidência de abusos físicos, como contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis de vários formatos, diferentes estágios e definição — marcas de corda, ataduras ou contenção nos punhos e tornozelos. Ainda: alopecia traumática ou edema de couro cabeludo, desidratação e/ou desnutrição, higiene precária (unhas e dobras da pele), vestuário impróprio ao clima e ambiente, escaras, assaduras ou escoriações, além de evidências de abuso sexual, como lesão, prurido, sangramento, dor anal ou genital, doenças sexualmente transmissíveis, corrimentos, manchas ou sangramentos nas roupas íntimas, principalmente quando não houve atividade sexual regular referida.

Também deve-se atentar para mudanças ou alteração do comportamento em ações como chupar os dedos, embalar-se e chorar inexplicavelmente, evidências de transtornos neuróticos ou de conduta.

Os maus-tratos podem ainda ser detectados por evidências sociais, como necessidades e direitos não atendidos (compra de medicamentos, alimentação especial, contratação de ajudantes, livre utilização dos proventos), em conseqüência do uso de recursos financeiros (aposentadoria, pensão, herança) pela família, por redução ou até isolamento de atividades sociais como receber visitas.

O Que a Enfermagem Pode Fazer para Evitar os Maus-tratos dos Idosos no Ambiente Familiar?

A ocorrência de maus-tratos e de negligência na assistência aos idosos constitui uma triste realidade que

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tem efeito destrutivo na qualidade de vida da família. Para evitá-los, a enfermagem deve informar aos familiares os direitos dos idosos e a importância da sua autonomia; demonstrar a necessidade de dividir a tarefa do cuidado domiciliário com outros membros da família e ou da comunidade; ajudar a refletir se ocorreu, mesmo sem querer, algum ato que possa ter sido classificado como mau-trato, procurando, identificar as razões e buscar soluções ou ajuda; apoiar a família na preservação dos valores, papéis, normas, rotinas e atividades, principalmente sociais.

Quando Há Violência: Considerações Éticas

Durante todo o processo de atendimento às situações de violência intrafamiliar, a enfermagem precisa manter a preocupação ética com a qualidade da intervenção e suas conseqüências. Nesse contexto, é importante assegurar o listado a seguir.

- Sigilo e segurança. Às vezes, o atendimento representa a primeira instância de divulgação de uma situação de violência e constitui a oportunidade do profissional de enfermagem de diagnosticar os riscos a que está exposto o idoso. O compromisso da confidência é fundamental para obter a confiança do paciente. As ações decorrentes devem incluir mecanismos para proteger o segredo das informações, principalmente quando estas comprometem a segurança e a liberdade da família e da pessoa idosa.
- A intervenção não pode provocar maior dano: abordar situações de violência intrafamiliar significa entrar em um caminho complexo e delicado. O ato de expor detalhes muito pessoais e dolorosos a um estranho pode fragilizar ainda mais a vítima, provocando fortes reações negativas. O profissional de enfermagem deve estar consciente dos efeitos de sua intervenção e capacitado a desenvolver uma atitude compreensiva, e não julgadora. Deve evitar que a pessoa agredida seja interrogada diversas vezes, por mais de um interlocutor, sobre o mesmo aspecto do problema, porque isso caracteriza maus-tratos psicológicos.
- Ao cuidar de uma pessoa idosa vítima de maus-tratos, a enfermagem deve procurar respeitar o tempo, o ritmo e as decisões da pessoa. Ao sofrer violência, cada pessoa reage da maneira que acredita ser a melhor. Muitas vezes, o fato de solicitar auxílio significa que ela não está em condições de colocá-lo em prática devido aos complexos efeitos da violência sobre a saúde emocional. A enfermagem não deve tentar influenciar nas decisões, muito menos atribuir culpas, mas sim confiar, investir e apoiar a capacidade da vítima de enfrentar os obstáculos.

O Impacto da Violência sobre os Profissionais de Enfermagem

A violência intrafamiliar afeta a todos que se envolvem com ela. O contato com situações de sofrimento e risco, a insegurança e os questionamentos que isso desperta, bem como a impotência de obter soluções imediatas, exigem um tempo de autodedicação para proteção e alívio de tensões. Por esse motivo, é preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação que proporcionem um respaldo à equipe para expor e trabalhar seus sentimentos e reações.

A Pessoa Idosa

Bagagem Genética: Predisposição Familiar

No diagnóstico das necessidades de saúde da pessoa idosa se faz necessário que o enfermeiro considere a história familiar de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como indicador de sua bagagem genética, principalmente na determinação dos riscos de adoecimento.

Histórico das Condições de Saúde

A enfermagem deve considerar que o estado de saúde de uma pessoa idosa decorre não apenas da situação em que ela está, mas da influência física, psíquica e social de eventos anteriores, principalmente quando estes influenciaram fortemente suas condições de saúde. Por este motivo, deve ser incluído no prontuário um resumo histórico de tais eventos, destacando-se os que ofereceram risco de morte ou perda da autonomia.

Hábitos de Risco

A prevalência de hábitos de risco como tabagismo, alcoolismo e sedentarismo por longos períodos, mesmo que já descartada a sua existência, associados

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

à prevalência familiar, caracteriza informação importante na determinação dos riscos de adoecimento e predisposição a seqüelas das DCNT.

Hábitos Sociais

A aposentadoria pode representar para alguns idosos um período de transição entre adulto ativo e idoso inativo, cujas conseqüências por vezes representam a perda do objetivo de ação (o trabalho), a redução do poder aquisitivo, da área geográfica, do convívio e fluidez social. Indicativos como estes podem ser o início de isolamento social e depressão. Ciente dessa realidade, a enfermagem poderá, dentro das ações da atenção básica para os idosos, estimular a formação e a participação de grupos de convivência, nos quais as pessoas idosas podem encontrar um ambiente de solidariedade e amizade, desfrutando da companhia de pessoas com problemas e interesses comuns, sem as cobranças ou a negação de laços familiares. Os grupos de idosos podem funcionar como associações lúdicas, centros de reprofissionalização e de orientação quanto às questões de interesse social e saúde.

Relações Familiares

A redução do número de filhos tem como conseqüência a dificuldade destes de sustentar e apoiar pais idosos. É possível que desta situação decorra o temor do abandono e o aumento da tolerância em relação ao comportamento dos filhos atualmente observada. Com as conseqüências negativas da aposentadoria, entre elas a redução dos recursos financeiros, muitas pessoas idosas sentem a diminuição de sua autoridade na família, na influência social e comunitária, principalmente no que se refere às mudanças de hábitos e valores familiares.

Estilo de Vida

A forma de executar as atividades de vida diária, de realizar ações que influenciem positivamente a saúde individual em seus aspectos físico, mental, social e espiritual, prevenindo doenças ou impedindo o aparecimento de complicações caracterizam nas pessoas idosas um estilo de vida saudável. A enfermagem colabora na aquisição e na manutenção de estilos de vida saudáveis por meio da informação direcionada e do incentivo à formação de grupos de interesse, como os de hipertensos ou de diabéticos.

Objetivo de Vida

Em todas as ações direcionadas à pessoa idosa a enfermagem precisa explicitar que a promoção do envelhecimento saudável depende da manutenção da autonomia demonstrada na vivência e na condução da própria história de vida enquanto realidade político-social, da adaptação às mudanças e do exercício da cidadania. Fazer com que as pessoas idosas percebam a importância de suas realizações, que a fase da vida não é o que importa e que elas são capazes de recriar seu projeto de vida vivendo com objetivo.

Reconhecimento do Momento, das Condições Atuais de Vida: A Auto-aprovação

Os processos fisiológicos que alteram o aspecto físico das pessoas idosas parecem socialmente mais efetivos nas mulheres. Estes, por vezes, trazem repercussões psíquicas e sociais facilmente perceptíveis às observações da enfermagem. O capitalismo industrial explora através da mídia essas repercussões, veiculando produtos e técnicas cirúrgicas que garantem a volta ao aspecto jovem, e a idade cronológica passa a ser apenas um dado relativo, não importante, a ser omitido em algumas ocasiões. Reconhecendo esta forma de preconceito social, a enfermagem pode ajudar as pessoas idosas, homens ou mulheres, a considerar o significado de suas vidas, a importância de suas vivências, procurando construir algo além do próprio aspecto visual. É importante buscar no projeto de vida a implementação de ideologia, crenças e valores adequados à manutenção da saúde mental. O encaminhamento para atividades voluntárias na comunidade promove a satisfação e a realização pessoal. Quando as atividades não forem suficientes, se fará necessário o encaminhamento psicoterápico.

Atenção da Enfermagem à Pessoa Idosa

Atuando no Programa de Atenção Básica de Saúde a enfermagem não dispõe de uma equipe multidisciplinar, daí a necessidade de se agir decisivamente na identificação das necessidades e no controle de saúde da pessoa idosa por meio do cadastramento e da consulta de enfermagem, na qual o diagnóstico enfoca as necessidades básicas afetadas e a prescrição de atividades que objetivam ajudar a pessoa idosa a se submeter a técnicas específicas e a adquirir

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

comportamentos que promovam a prevenção, a promoção, a proteção, a manutenção e a recuperação da saúde. A consulta não se esgota em uma única atividade — a atenção da enfermagem à pessoa idosa deve ser compartilhada por todos os membros da equipe, da família e da comunidade com a observância da legislação, de decisões políticas e da acessibilidade. Faz-se necessário identificar e promover condições ambientais que favoreçam a saúde e a manutenção da autonomia.

Os dados cadastrais precisam incorporar informações objetivas como condições econômicas, fontes de renda e suas variações; reconhecimento e utilização dos recursos comunitários, entre estes os serviços de saúde e de apoio social e comunitário; condições materiais de vida, como moradia, alimentação (acesso e utilização), vestuário, meios de comunicação e locomoção, dispositivos tecnológicos disponíveis. É imprescindível que sejam referidas a organização e a condição familiar e as referências ideológicas, como religião, crenças e valores, se possível, o conceito de saúde e uma indicação do projeto de vida do paciente. O registro dessas informações é importante não apenas para se assistir adequadamente a pessoa idosa naquele momento, mas para integrar e socializar as informações e os cuidados com toda a equipe e, ainda, manter a qualidade da assistência no caso da substituição de algum profissional.

Avaliação das Condições de Saúde pela Enfermagem

Na atenção básica, o exame das condições físicas deve necessariamente incluir dados como idade (data de nascimento), sexo, avaliação dos sinais vitais, índice de massa corpórea, taxas bioquímicas (especificação e freqüência padronizadas pelo Ministério da Saúde), exame físico — constando verificação das condições de integridade, higiene e aspecto da pele e mucosas, conformação anatômica estrutural, mobilidade e disponibilidade para as atividades de vida diária —, além de avaliação mental por meio da aplicação de questionários e testes padronizados. Questionamentos devem ser acrescidos de informações quanto à qualidade do repouso, do funcionamento dos sistemas, principalmente digestivo e urinário, dos hábitos de alimentação, hidratação, higiene física e ambiental, dos relacionamentos afetivos e da vida sexual. Verificação e controle das condições vacinais e da utilização adequada de medicamentos alopáticos ou homeopáticos. Tudo isso entendendo-se que, na observação de qualquer sinal ou sintoma de desvio da normalidade, a pessoa idosa deverá ser encaminhada à consulta médica.

Prescrição da Enfermagem

Quando não houver incapacidade evidenciada, a enfermagem deverá identificar e promover a utilização das condições ambientais que favoreçam a saúde e a manutenção da autonomia, visando a postergar o aparecimento de condições patológicas crônicas e de suas complicações por meio de mudanças ou adequação no estilo de vida.

Quando houver incapacidade ou perdas significativas das funções sensoriais, a enfermagem deverá aplicar as determinações dos programas do Ministério da Saúde, dando especial atenção às imobilidades, incontinências, instabilidades, iatrogenias, insuficiências e quadros de depressão, delírio e demência, com planejamento, acompanhamento e controle da assistência médica, assistência domiciliária quando necessária, apoio social e familiar nos cuidados e nas condições preventivas e adaptativas. Essencialmente, entender o que representa para o idoso a limitação física e/ou psíquica (quando possível), a mudança ou a perda de papéis ou funções sociais e o grau de invalidez. Adequar o ambiente e orientar familiares, amigos e cuidadores para evitar situações de constrangimento e perda da dignidade pessoal.

Conclusão

Para se adequar às necessidades de uma população que envelhece e buscar a qualidade de vida com a satisfação de suas necessidades básicas, a enfermagem deverá colaborar na adequação do Programa de Atenção Básica a uma mudança no paradigma de assistência, trocando o modelo voltado para o tratamento de casos agudos por outro que enfoque a prevenção e o controle das condições crônicas por meio da assistência e do treinamento de profissionais, do intercâmbio de informações para formar um consenso, um comprometimento político envolvendo todos os estágios do contexto social. É importante também estimular a prestação da assistência compartilhada entre diferentes prestadores de serviços, a promoção da efetividade das políticas e dos direitos, a utilização otimizada e adequada de todos recursos, o enfoque nas ações preventivas e, essencialmente, a atenção à família e à pessoa idosa.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Respeite o velho em seus direitos e suas necessidades, e, especialmente, ouça, considere, perceba, atenda. Com toda sua alma, com todo seu amor, e um dia você será um deles.

Referências Bibliográficas

1. Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde/Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília; 2000.
2. Antunes MJM. A ABEn na defesa dos princípios éticos, políticos e técnicos na implementação do SUS. Revista Eletrônica de Enfermagem; 2001;3:(2).
3. Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica. MS. Informe nº 16. Ano III. Abril; 2002.
4. Camarano AA et al. Como vai o idoso brasileiro? Texto para discussão nº 681. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
5. Camarano AA et al. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. p. 19.
6. Camarano AA. Famílias com idosos: ninhos vazios? Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto: IPEA; 2002.
7. Camarano AA et al. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Previdência da República, Secretaria de Direitos Humanos; 2005.
8. Camarano AA et al. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Conjuntura e análise. Nota Técnica. Rio de Janeiro: IPEA; 2000. p. 30.
9. Cruz IBM. Genética do envelhecimento, da longevidade e das doenças crônico-degenerativas associadas à idade. In: Freitas EV, Neri AL, Py L et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 20.
10. Diogo MJD. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev Latino-am Enfermagem; 2000; 8:(1).
11. Erthal M C. O suicídio Ticuna na região do Alto Solimões. Amazonas: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
12. Henriques R. Desigualdade racial no Brasil: Evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro: IPEA; 2001.
13. IBGE. Perfil dos Municípios brasileiros. Rio de Janeiro; 2004.
14. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 — redução de desigualdades sociais. Rio de Janeiro; 2003.
15. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informações Demográfica e Socioeconômica; n. 15. Rio de Janeiro; 2005.
16. Lei 10.741/2003. Estatuto do Idoso.
17. Machado L. Elder abuse and neglect: a new challenge on aging in Brazil. Proceedings of the World Congress of Gerontology. Adelaide, Austrália; 1997.
18. Manual para Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
19. Maslow AH. Maslow no Gerenciamento. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2000.
20. Maslow AH. Uma teoria da motivação humana. In: Balcão Y, Cordeiro LL (org.). O comportamento humano na empresa. Rio de Janeiro: FGV; 1975. p. 337
21. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema Cad. Saúde Pública; 2003; 19(3).
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/02: portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002. Regulamentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
23. Moreira M.M. Determinantes demográficos do envelhecimento brasileiro Pernambuco: Fundação Joaquim Nabuco; 2000.
24. Negri B. Atenção básica: financiamento, descentralização e eqüidade. Revista Saúde da Família; 1999; 10-11.
25. Organização Mundial de Saúde. Global comparative assessments in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages. In: Murray CJL e Lopez AD (eds.). Suíça: WHO; 1994.
26. Portaria 399/2006/GM MS. Pacto pela Saúde 2006.
27. Portaria 1395/1999/GM. Política de Saúde do Idoso.
28. Santana JP (org.). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil; 2000.
29. Santos BS. (org.) Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
30. Santos SR et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Rev Latino-Am Enfermagem; 2002; 10(6).
31. Silvestre JA; Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad Saúde Pública; 2003; 19 (3).
32. Souza AS et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Textos Envelhecimento. v. 7. n. 2. Rio de Janeiro: 2004.
33. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
34. Warner EM. A contribuição da psicologia no campo da gerontologia social. Revista SESC (A terceira Idade); 1998; 13: 47.
35. Wright LM. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 2 ed. Maureen Leahey; 1994.
36. Zanetti ML et al. Proposta de aplicação do modelo conceitual de Horta, utilizando a método de solução de problema como estratégia na assistência de enfermagem. In: Semana Wanda de Aguiar Horta 4. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1992. p. 15.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

33 Avaliação Nutricional do Idoso

Myrian Spinola Najas
Anita Sachs

Introdução

A avaliação do estado nutricional de idosos, assim como de qualquer outro grupo populacional, necessita de informações como história clínica e dietética, exames laboratoriais e medidas antropométricas para se chegar efetivamente a um diagnóstico do estado nutricional.

Este capítulo discutirá especificamente as medidas antropométricas e os diferentes métodos de avaliação da ingestão alimentar, dois pontos bastante polêmicos na análise nutricional desse grupo da população.

Medidas Antropométricas

A antropometria é um método não invasivo que oferece informações indiretas sobre os tecidos musculares e adiposos do corpo, além do atrativo que é a aparente simplicidade e a segurança na operação, bem como o custo reduzido. A informação obtida pela antropometria ainda apresenta como vantagem a obtenção de uma história nutricional do passado, que não é obtida com confiança utilizando-se qualquer outra técnica.

O uso de métodos antropométricos permite, também, avaliar as mudanças do estado nutricional em várias gerações, o que caracteriza o fenômeno chamado tendência secular, que sob o ponto de vista epidemiológico é a modificação na distribuição das medidas antropométricas ao longo do tempo. Em contrapartida, a antropometria não consegue identificar distúrbios nutricionais em curtos períodos ou mesmo a deficiência de um nutriente específico. Pode, porém, ser claramente utilizada para monitorar as mudanças da composição corpórea tanto individual (para paciente hospitalizado) como de grupos populacionais após a utilização de programas de intervenção nutricional.

Na Tabela 33.1, verifica-se a comparação dos métodos que estimam a gordura corpórea e sua distribuição. Nota-se que as medidas de peso, altura, pregas cutâneas e circunferências são as de mais baixo custo, além de permitirem com a sua associação a determinação de gordura regional.

No idoso, qualquer uma dessas medidas antropométricas torna-se de difícil interpretação pela incerteza quanto aos padrões de referência a serem utilizados, uma vez que as variações fisiológicas levam a modificações na composição corpórea. As alterações fisiológicas presentes no indivíduo idoso foram detalhadas no Capítulo 8.

Outro ponto complicado na avaliação nutricional do idoso é a necessidade de utilização de técnicas que diminuam os erros de medidas. Tais erros normalmente afetam a precisão, a acurácia e a validade tanto das medidas como dos índices que delas derivam.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 33.1 Comparação dos Métodos de Estimativa da Gordura Corpórea e Sua Distribuição

	Custo	Grau de Dificuldade	Exatidão	Gordura Regional
Peso e altura	Baixo	Fácil	Moderada	Não
Pregas cutâneas	Baixo	Fácil	Baixa	Sim
Circunferências	Baixo	Fácil	Moderada	Sim
Bioimpedância	Moderado	Fácil	Alta	Não
Tomografia computadorizada	Alto	Difícil	Alta	Sim
Ultra-som	Alto	Moderado	Moderada	Sim
Ressonância magnética	Alto	Difícil	Alta	Sim
Potássio marcado	Alto	Difícil	Alta	Não

Fonte: Gray[21].

No caso da estatura, pode-se obter medidas incorretas quando não são removidos os sapatos ou o excesso de roupas, quando não se consegue manter a posição ereta do indivíduo, com olhar no horizonte, ou mesmo quando a aferição da estatura não é feita em balança de plataforma e o piso do local encontra-se em desnível. A maneira adequada de controlar esses erros inclui treinamentos regulares e prática.

A pesagem apresentará problemas com a utilização de balanças não taradas e aferição com excesso de roupas ou com o indivíduo movendo-se na balança. Assim como na medição da estatura, os erros na pesagem são controlados a partir de treinamentos regulares, da calibragem da balança antes de toda pesagem e da remoção do excesso de roupas de acordo com o padrão de referência que está sendo utilizado.

Como visto, o peso e a estatura são duas medidas simples, mas que requerem treinamentos constantes. Recomenda-se a metodologia de treinamento validada por Habicht[23], na qual a precisão e a exatidão das medidas observadas são testadas. Essa metodologia pode ser utilizada para qualquer tipo de medida antropométrica.

No caso da população idosa, as medidas recomendadas para avaliação do estado nutricional são: peso, estatura, circunferências do braço, cintura, quadril e muscular do braço, além da medida da prega cutânea tricipital.

Tais medidas permitem predizer, de forma operacional, a quantidade de tecidos adiposo e muscular em indivíduos com mais de 60 anos. Entretanto, vale ressaltar mais uma vez a dificuldade na realização de todas essas medições (tanto pregas quanto circunferências), em parte decorrente da redistribuição de tecido adiposo — que, no processo de envelhecimento concentra-se no nível de tronco, dificultando as medidas de circunferências — e, em parte, devida à dificuldade na separação correta do tecido adiposo do muscular no momento da realização de qualquer tipo de prega cutânea — o que pode levar a erros significantes nessas medidas.

Dentre todos os problemas associados aos dados antropométricos, aqueles relativos ao decréscimo da estatura ao longo do processo de envelhecimento são os que, aparentemente, mais interferem na utilização de métodos antropométricos ou razões simples que determinem índices de baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

A estatura humana mantém-se praticamente inalterada até os 40 anos. A partir daí, reduz-se aproximadamente um centímetro por década. Esse fato é conseqüência de modificações que ocorrem na coluna, com achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais, cifose dorsal e, com menor expressão, a eventual escoliose. Além disso, têm efeito também o arqueamento dos membros inferiores e o achatamento do arco plantar, que é mais acentuado no sexo feminino.

Embora alguns autores admitam que possa ocorrer uma diminuição de até 1,5cm por década de vida após os 30 anos, a verdade é que, em termos médios, esse valor não ultrapassa 1cm, sendo, porém, mais acentuado a partir dos 70 anos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Deve-se pensar também em eventuais erros técnicos de medida.

A medida que atualmente vem sendo utilizada como preditor da estatura é o comprimento da perna, ou *knee height*, que não se altera com a idade e está fortemente relacionado com a estatura. A medição deve ser feita na perna esquerda, com o joelho flexionado no ângulo de 90º, posicionando-se a base da régua embaixo do calcanhar do pé esquerdo e sua haste pressionando a cabeça da fíbula. A leitura da régua deve ser feita quando a mesma estiver exatamente paralela a toda a extensão da tíbia, e a marcação deve contar o décimo de centímetro mais próximo.

Esta técnica foi desenvolvida e validada por Chumlea[9], para a população americana. Sua utilização garante maior segurança na realização de métodos ou razões que busquem determinar um índice de obesidade ou a porcentagem total de gordura em idosos.

A simples equação peso (kg)/estatura (m^2) proposta por Quetelet em 1869 e que desde 1972 vem sendo conhecida como índice de massa corpórea (IMC) mostra-se um bom indicativo da quantidade de gordura e vem sendo utilizada como critério diagnóstico do estado nutricional em populações:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m}^2\text{)}}$$

Os pontos de corte do índice de massa corpórea recomendados pela Organização Mundial de Saúde[32], apresentados na Tabela 33.2, empregam o sobrepeso e a obesidade como sinônimos e ainda enfatizam que níveis de IMC iguais ou acima de 25kg/m^2 estão associados com a elevação dos coeficientes de morbimortalidade.

Em suma, a monitoração do estado nutricional do idoso a partir da antropometria pode ser feita utilizando-se o índice de massa corpórea em âmbito hospitalar e ambulatorial, considerando tanto os erros da obtenção das medidas como aqueles inerentes ao processo de envelhecimento.

Apesar de o índice de Quetelet ser rotineiramente utilizado como meio de avaliação do estado nutricional, tanto em jovens como em idosos, é fácil entender que, nestes, ele apresenta uma restrição importante, decorrente da diminuição da altura que ocorre com o processo de envelhecimento. É necessário, portanto, que sejam evitados erros de ordem técnica das medidas das duas variáveis que compõem o IMC — peso e altura —, como também, em relação a esta última, é preciso que se adote um método de medição que minimize os efeitos do envelhecimento sobre os valores.

Tabela 33.2 Classificação do Estado Nutricional Segundo o índice de Massa Corpórea (IMC)

IMC	*Classificação*
< 20	Desnutrição
20-24,9	Eutrofia
25 -29,9	Obesidade grau I
30- 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Ingestão Alimentar

A necessidade de métodos de avaliação da ingestão de alimentos tem se mostrado cada vez maior devido à relação entre alimentação e doença. Os métodos devem registrar medidas razoavelmente reproduzíveis e acuradas sobre a ingestão alimentar por um determinado período de tempo.

A avaliação da dieta de indivíduos é uma das principais técnicas usadas na ciência da nutrição e se aplica em áreas como medicina, pesquisa em nutrição, cuidado ambulatorial e na formulação de recomendações nutricionais e políticas nacionais de alimentação e agricultura. Essa quantificação, porém, tem se mostrado problemática há vários anos. Assim, diversos autores têm tentado validar métodos de inquérito alimentar. No entanto, um dos problemas inerentes à validação de um método de inquérito alimentar para uma população de idosos é a dificuldade de se observar o comportamento a ser avaliado.

De maneira geral, os estudos sobre ingestão são repletos de problemas de interpretação, pois as tentativas de se medir o consumo calórico normalmente fazem com que o indivíduo se preocupe e acabe modificando, consciente ou inconscientemente, seu procedimento normal e, portanto, o resultado encontrado não reflete seus típicos padrões de alimentação.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Numerosos estudos dependem de estimativas confiáveis da ingestão de alimentos em indivíduos idosos. No entanto, não existem padrões absolutos, apenas boas medidas de exposição com as quais se comparam os diversos métodos e, em geral, assume-se erroneamente que, pelo fato de dois métodos concordarem entre si, cada um deles deva ser o correto.

Goldberg e col.[19] e Strain[42] comentam que considerações teóricas, juntamente à existência precária de estudos de validação, sugerem que o sub relato é mais prevalente do que o super relato.

Em qualquer programa de educação nutricional, de acordo com Wise e col.[49] e Najas e col.[30], é importante o conhecimento dos alimentos consumidos com maior freqüência, uma vez que se espera que os idosos estejam mais atentos às mensagens que dizem respeito aos alimentos que eles mais comumente consomem. Segundo Black e col.[6], alguns indivíduos simplesmente não registram todos os alimentos consumidos ou restringem a ingestão durante o período solicitado, não representando, assim, a sua variação normal diária.

Devido ao grande tempo despendido, os métodos de avaliação de ingestão dietética são vistos, por alguns autores, como ineficientes. Sem uma avaliação criteriosa, torna-se difícil a monitoração das mudanças em um determinado período ou mesmo o reforço da dieta, que, muitas vezes, se faz necessário para a mudança comportamental desejada. Se uma avaliação muito resumida é utilizada, então a técnica pode não ser metodologicamente adequada e, portanto, não conseguir classificar os indivíduos de forma correta quanto ao nível de risco de saúde. Assim, os instrumentos de avaliação dietética são necessários para que todos os profissionais da área de saúde possam orientar adequadamente os idosos no tocante à alimentação preventiva e/ou curativa.

Todos os métodos de inquérito alimentar dependem da total colaboração dos indivíduos. Resultados individuais são claramente inválidos se informações incompletas forem fornecidas, quer seja por falta de motivação, alteração dos hábitos alimentares ou mesmo por representação inadequada (consciente ou inconsciente) da dieta verdadeira.

Gibson[18], Shils e col.[40] e Bingham[4] apresentam as principais fontes de erro na coleta e no registro dos dados do consumo alimentar. Os viéses dos entrevistados podem conduzi-los a superestimar fatos como renda e idade; o consumo de alimentos "bons", como frutas e hortaliças, pode também ser supervalorizado, enquanto a ingestão de alimentos considerados "ruins", tais como sanduíches e bebidas alcoólicas, podem ser sub registrados. Os obesos tendem a omitir a ingestão da maioria dos alimentos, enquanto aqueles com peso abaixo do adequado costumam informar ingestões maiores do que as reais.

Os viéses dos entrevistadores podem ocorrer se diferentes entrevistadores desejam informações em graus variados, se omitem intencionalmente ou mencionam certas questões e alimentos e/ou se registram respostas de maneira incorreta.

Os lapsos de memória por parte do entrevistado podem resultar na omissão não intencional ou na adição de alimentos nos métodos recordatórios. A estimativa incorreta do tamanho das porções ocorre quando os entrevistados não conseguem quantificar, de maneira acurada, a quantidade de alimentos ingeridos. Por outro lado, o conceito do entrevistado sobre o tamanho de uma porção média pode ser diferente do padrão, variando, por exemplo, com o seu tamanho corporal.

Os métodos de inquérito alimentar elaborados para caracterizar a ingestão habitual dos idosos são os mais difíceis de serem validados, pois a verdade nunca é conhecida com absoluta certeza. Apesar da interpretação dos dados de ingestão, assumindo se que são representativos da ingestão atual e habitual e que a análise dos nutrientes baseada na mesma envolve o uso de tabelas de composição de alimentos atualizadas, os profissionais da área da saúde deveriam ser sensíveis a outras fontes de erro potenciais ou de viés na obtenção da informação sobre o alimento e/ou nutriente.

As variações individuais no consumo de vários grupos de alimentos são maiores do que a variação da ingestão de nutrientes. No caso de muitos nutrientes, um número relativamente grande de registros alimentares é necessário para estimar se a ingestão de maneira acurada.

As variações diárias das ingestões informadas de energia e nutrientes em indivíduos são claramente reconhecidas por Tarasuk e Beaton[43] como uma fonte de erro na estimativa da ingestão habitual.

Quanto aos efeitos de treinamento, os pacientes podem reagir às entrevistas repetidas, mostrando uma seqüência — ou efeito de treinamento —, o que pode alterar a informação sobre ingestão de nutrientes ao longo do tempo, como foi bem documentado por Bingham.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Métodos de Inquérito Alimentar

Existem cinco métodos comumente utilizados para a avaliação da dieta de indivíduos, os quais foram primeiramente descritos há 50 ou 60 anos. Dois deles são os registros do consumo atual, sendo um a partir do peso dos alimentos medido pelo indivíduo que consumiu e o outro baseado em estimativas dos pesos. Os três métodos restantes tentam avaliar a dieta num passado recente a partir de entrevista com indivíduos sobre suas ingestões no dia anterior (recordatório alimentar de 24 horas) ou sobre seus consumos habituais (história dietética). Esta pode ser utilizada na tentativa de se estimar a ingestão num passado distante.

Alguns questionários podem ser utilizados para se avaliar a dieta habitual, tanto recente como passada, mas eles são normalmente preenchidos pelo indivíduo em avaliação, sem supervisão. Alguns desses métodos são apropriados a estudos epidemiológicos, enquanto outros podem ser modificados para uso em indivíduos submetidos a algum tipo de tratamento dietético.

Cada categoria de método de inquérito alimentar será sucintamente descrita a seguir.

Recordatórios

Esta técnica inclui o recordatório alimentar de 24 horas ou de sete dias, os quais requerem que o sujeito se lembre de todos os alimentos consumidos nas 24 horas ou sete dias anteriores. O entrevistador geralmente deve usar modelos de alimentos ou medidas caseiras para auxiliar a pessoa a determinar a quantidade de alimentos e bebidas consumidos.

Registros

Esta metodologia envolve várias técnicas de registro: o indivíduo pode ser solicitado a estimar a quantidade de alimentos e bebidas ingeridos em um período específico ou a pesar e medir todos os alimentos consumidos, usando balanças ou medidas caseiras. Normalmente, inclui registros de três, quatro e sete dias ou mesmo registros diários ao longo de um mês ou até um ano. Os registros de três ou quatro dias podem ser consecutivos ou não, e, dependendo dos objetivos do levantamento, pode-se incluir algum dia do final de semana.

História Dietética

Baseado em um questionário, este método consiste em avaliar todos os padrões alimentares utilizando-se o recordatório alimentar de 24 horas ou o questionário sobre alimentação atual e habitual, medida em porções caseiras. O restante do questionário se refere à freqüência de alimentos. O método da história dietética envolve uma entrevista extensa, elaborada com o objetivo de gerar informações sobre os hábitos alimentares passados e/ou presentes.

Freqüência de Consumo de Alimentos

Este método é normalmente chamado de freqüência quantitativa. Ele difere da história dietética no sentido de que o foco do questionamento tem formato deliberadamente restrito e o questionário é normalmente respondido pelo próprio entrevistado. Pergunta-se sobre a ingestão de vários itens, dependendo do objetivo da pesquisa, e do número de alimentos do questionário, que pode variar de seis a 80 ou mais.

Análise de Alimentos

Este método inclui uma duplicata da refeição consumida, na qual o indivíduo mede e/ou pesa uma amostra exata dos alimentos e bebidas ingeridos por um dia ou uma semana; o alimento é então analisado quimicamente e os resultados comparados com a ingestão de nutrientes calculada a partir de tabelas de composição química de alimentos. Um segundo procedimento é o observacional, normalmente em uma câmara metabólica, onde uma refeição ou todas as de um dia são pesadas e fornecidas ao indivíduo para consumo. Qualquer porção restante é pesada e subtraída do total. Pode-se, então, fazer uma comparação entre a alimentação realmente consumida e a recordada pelo indivíduo 24 horas mais tarde.

Para se caracterizar a média usualmente ingerida por um grupo da população, o método do recordatório alimentar de 24 horas é apropriado, garantindo-se que a amostra seja representativa da população em estudo e que todos os dias da semana sejam igualmente representados. A história dietética e a freqüência de consumo podem ser usadas, de acordo com Gibson, para avaliar os padrões de consumo habitual por um período relativamente longo. Com certas modificações, também podem ser usadas para fornecer uma estimativa sobre ingestões habituais de nutrientes.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em países industrializados, novos procedimentos para se medir o consumo de alimentos incluem, por exemplo, o uso de fotografias para registrar tanto os alimentos consumidos como as sobras. Todos os recursos desenvolvidos objetivam reduzir a sobrecarga do entrevistado idoso e, com isso, melhorar a aderência, reduzir os erros relacionados aos lapsos de memória e eliminar o processo cansativo de anotar os alimentos consumidos.

Considerações Finais

A quantificação de alimentos em grupos da terceira idade continua sendo um desafio. Apesar dos avanços, tenta-se ainda encontrar um método de inquérito alimentar rápido e confiável. A habilidade de se avaliar a ingestão de alimentos de maneira precisa, num período de tempo razoável, seria benéfica ao campo da nutrição. Ainda, tal habilidade poderia conduzir à inclusão da prática de avaliação dietética em outras áreas, o que aumentaria o campo do conhecimento com relação aos efeitos da dieta na saúde dos idosos.

Referências Bibliográficas

1. Anon. Errs in mporting habitual energy intake. Nutr Rev 1990; 49 (7): 215.
2. Anon. Estimating usual dietary intake of individuals: some additional considerations. Nutr Rev; 1991; 49 (8): 252.
3. Bailey SM. Theoricall considerations in the measurement and interpretation of change in adult dimensions. In: Himes JH (ed.). Antropometric assessment of nutritional status. Nova York: Wiley-Liss; 1991.
4. Bingham SA. Limitations of various methods of collecting dietary intake data. Ann Nutr Metab; 1991; 35(3): 117.
5. Bingham SA. The dietary assessment of individuals, methods, accuracy, new techniques and recommendations. Nutr Abstr Rev (Series A); 1997; 57 (10): 705.
6. Black AE, Goldberg GR, Jebb SA et al. Critical evaluation of energy intake data using fundamental principles of energy physiology: 2. Evaluating the results of published surveys. Eur J Clin Nutr; 1991; 45: 5-83.
7. Block G, Hartman AM, Naughton D. A reduced dietary questionnaire development and validation. Epidemiology; 1990; 1 (1): 58.
8. Chumlea WC. Antropometric assessment of nutritional status in the elderly. In: Himes JH (ed.). Antropometric assessment of nutritional status. Nova York: Wiley Liss; 1991.
9. Chumlea WC, Roche AF, Mukheyee D. Nutricional assessment of elderly through onthrropometry. Ohio: Woright State University School of Medicine; 1987.
10. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh MC. Estimating stature from knee — height for persons 6 to 90 years of age. J Am Geriatr Soc; 1985; 33 (2): 116.
11. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Anthropometric approaches to the nutritional assessment of the elderly. In: Munro HN, Danford DE (ed.). Nutrition, aging and the elderly. Nova York: Plenum Press; 1989. p. 335.
12. Cole TJ. Weight — Stature indices to measure underweight, overweight and obesity. In: Himes JH (ed.). Anthropometric assessment of nutritional status. Nova York: Wiley Liss; 1991. p. 83.
13. Durnin JVGA. Anthropometric methods of assessing nutritional status. In: Horwitz A et al. Nutrition in the elderly. Nova York: Oxford University Press; 1989. p. 15.
14. Eck LH, Klesges RC, Hanson CL et al. Measuring short term dietary intake: development and testing of a 1 week food frequency questionnaire. J Am Diet Assoc; 1991; 91 (8): 940.
15. Eck LH, Willet WC. Considerations in modifying a semiquantitative food frequency questionnaire. J Am Diet Assoc; 1991; 91 (8): 970.
16. Elwood PC, Bird G. A photographic method of diet evaluation. Hum Nutr Applied Nutr; 1983; 37A: 474.
17. Frank SC, Nicklas TA, Webber LS et al. A food frequency questionnaire for adolescents: defining eating pattems. J Am Diet Assoc; 1992: 92(3): 313.
18. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. Oxford: Oxford University Press; 1990.
19. Goldberg GR, Black AE, Jebb SA et al. Critical evaluation of energy intake data using fundamental principles of energy physiology. 1. Derivation of cut off limits to identify underrecording. Eur J Clin. Nutr; 1991; 45: 569.
20. Grant JP. Nutritional support in critically ill patients. Annals Surg; 1994; 220 (5) 61.
21. Gray DS. Diagnóstico e prevalência da obesidade. Rio de Janeiro: Interlivros Ed. Clin Med Am Norte; 1989. p. 1.
22. Guthrie HA. Interpretation of data on dietary intake. Nutr Rev; 1989; 47 (2): 33.
23. Habicht JP. Estardarización de metodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana; 76(5); 1974.
24. Harlan LC, Block G. Use of adjustment factors with a brief food frequency questionaire to obtain nutrient values. Epidemiology; 1990; 1(3): 224.
25. James WPT, Shetty PS. Metabolic adaptations and energy requirements in developing countries. Hum Nutr Clin Nutr; 1982; 36C: 331.
26. Larkin FA, Metzner HL, Thompson FE et al. Comparison of estimated nutrient intakes by food frequency and dietary records in adults. J Am Diet Assoc; 1989; 89 (2): 215.
27. Lechtig A, Yarbrough C, Martorell R et al. The one day recall dietary survey: a review of its usefulness to estimate protein and calorie intake. Arch Latinoamer Nutr; 1976; 26 (3): 243.
28. Lee Han H, McGuire V, Boyd NF. A review of the methods used by studies of dietary measurement. J Clin Epidemiol; 1989; 42 (3): 269.
29. McDonald A, Van Horn L, Slatter y M et al. The cardial dietary history development, implementation, and evaluation. J Am Diet Assoc; 1991; 91 (9): 110.
30. Najas MS et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos sócio econômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. Rev Saúde Públ; 1994; 28 (3): 187.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

31. Nesheim RO. Measurement of food consumption: past, present and future. Am J Clin Nutr; 1982; 35: 1292.
32. Organização Mundial de Saúde. Diet, nutrition, and the prevention of cronic diseases. Technical Report series; 1990; 797: 69.
33. Overvad K, Tjonneland A, Haraldsdottin J et al. Development of semiquantitative food frequency questionnaire to assess food, energy and nutrient intake in Denmark. Int J Epidemiol; 1991; 20 (4): 900.
34. Posner BM, Borman CL, Morgan JL et al. The validity of a telephone administered 24 hour dietary recall methodology. Amer J Clin Nutr; 1982; 36: 546.
35. Prado MCO. Estatura de adultos empregados em ramos selecionador, da atividade econômica: estudo de alguns correlatos biossociais. Região Metropolitana de São Paulo. Tese de mestrado. Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1994.
36. Sachs A. Assessment of food intake in a developing country of adult out patients following a diet treatment: a research proposal. Tese de mestrado. London School of Hygiene & Tropical Medicine. Londres; 1992.
37. Sadek MGAO. Estudo das possíveis associações do alcoolismo com o estado nutricional protéico calórico em grupos carentes da população. Tese de doutorado. Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1987.
38. Salvini S, Hunter DJ et al. Food based validation of a dietary questionnaire: the efects of week to week variation in food consumption. Int J Epidemiol; 1989; 18: 858.
39. Saunders DF. Visual communications handbook: teaching and learning using simple visual materials. Londres: Lutter worth Press; 1974.
40. Shils ME, Oslon JA, Shike M. Modern nutrition in health and disease. Filadéfia: Lea e Febiger; 1994.
41. Souba WW. Nutritional Suport. N Engl J Med; 1997; 336 (1): 41.
42. Strain GW, Hershcopf RJ, Zumoff B. Food intake of very obese persons: quantitative and qualitative aspects. J Amer Diet Assoc; 1992; 92 (2): 199.
43. Tarasuk V, Beaton GH. Day to day variation in energy and nutrient intake: evidence of individuality in eating behaviour? Appetite; 1992; 18: 43.
44. Tarasuk V, Hershcopf RJ. Statistical estimation of dietary parameters: implications of patterns in within subject variation: a case study of sampling strategies. J Clin Nutr; 1992; 55: 22.
45. Tjonneland A, Overvad K, Haraldsdottir J et al. Validation of a semiquantitative food frequency questionnaire developed in Denmark. Int J Epidemiol; 1991; 20 (4): 906.
46. Visser M, Heuvel E, Deurenberg P. Prediction equations for the estimation of body composition in the elderly using anthropometric data. Brit J Nutr; 1994; 71: 823.
47. Willett WC, Sampson L, Stampfer MJ et al. Reproducibility and validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. Am J Epidemiol; 1985; 122: 51.
48. Willett WC, Reynolds RD Cottrell Hoelmer S et al. Validation of a semiquantitative food frequency questionnaire: comparison with a 1 year diet record. J Am Diet Assoc; 1987; 87(1): 43.
49. Wise A, Liddell A, Lockie GM. Food habits and nutrition education computer aided analysis of data. Hum Nutr Applied Nutr; 1987; 41A: 118.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

34 Recomendações Nutricionais

Frances Aparecida Illes Pereira

Introdução

As substâncias nutritivas atuam de maneira coordenada para fornecer calor e energia, permitir processos de reparação e crescimento e, também, para regular o metabolismo. Devido ao fato de cada grupo de nutrientes ter uma função determinada, uma dieta deve conter quantidade adequada de todos eles.

O envelhecimento produz mudanças importantes que afetam as necessidades de certos nutrientes. Apesar do impacto das alterações relacionadas à idade na fisiologia e no metabolismo ter sido avaliado intensamente em vários tipos de investigações, poucas definem esse impacto nas necessidades nutricionais.

O presente capítulo analisará as alterações fisiológicas que ocorrem no aparelho digestivo com o envelhecimento e que, com maior ou menor intensidade, poderão interferir no estado nutricional do paciente; abordará, também, de forma genérica, as recomendações nutricionais e as necessidades dietéticas de cada nutriente.

Considerações sobre as Recomendações Nutricionais

Consideramos como recomendações nutricionais o conjunto de informações referentes aos distintos padrões dietéticos de referência estabelecidos como valores a serem utilizados na avaliação e no planejamento da alimentação de indivíduos e/ou grupos populacionais saudáveis.

As recomendações são específicas para idade e gênero. No entanto, é importante lembrar que uma dada pessoa pode ser fisiologicamente mais jovem ou mais idosa que sua idade cronológica, o que vem a dificultar a definição do termo saudável com o avanço da idade.

As recomendações não cobrem as necessidades nutricionais especiais, como desordens no metabolismo, doenças crônicas, traumas, lesões ou outras condições médicas e terapêuticas com drogas comumente usadas em idosos. Elas são somente designadas para manter a boa nutrição em pessoas saudáveis.

Muitos países estabelecem padrões dietéticos de referência para sua população. As diferenças entre os diversos padrões são, normalmente, resultados das bases científicas sobre as quais esses padrões foram estabelecidos, e não das diferenças culturais das necessidades de nutrientes. Tradicionalmente, no Brasil, a área da nutrição utiliza como referência os documentos publicados para a população dos Estados Unidos.

Neste capítulo, utilizaremos as publicações de 1989 referentes à energia e proteínas, bem como as últimas publicações (a partir de 1997) para vitaminas e minerais. Desde 1997, os valores de alguns nutrientes têm sido revisados, visando a uma nova recomen-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dação. A proposta apresentada por esses grupos de estudo levou em consideração as mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento definindo dois subgrupos: 51 a 70 anos e 71 anos e mais. Assim, considerando a definição da ONU/Unesco que identifica como idosos indivíduos com 65 anos e mais em países desenvolvidos e com 60 anos e mais em países em desenvolvimento, utilizaremos como referência esses dois subgrupos.

Para os cálculos das recomendações de energia e proteínas do National Research Council (NRC) foram utilizados os princípios definidos pelo Comitê de Expertos FAO/OMS em 1985 e publicados como Informe Técnico, que aqui serão comentados.

A necessidade energética de um indivíduo é a quantidade de energia alimentar ingerida que compensa o seu gasto, quando a superfície corporal, a composição do organismo e o grau de atividade física são compatíveis com um estado duradouro de boa saúde. Dessa maneira, fica permitida a manutenção da atividade física economicamente necessária e socialmente desejável, ou seja, as formas de atividades compatíveis com o funcionamento fisiológico e social satisfatório.

A necessidade protéica de um indivíduo é definida como a quantidade mais baixa de proteína ingerida na dieta capaz de compensar as perdas orgânicas de nitrogênio em pessoas que mantêm o balanço de energia em níveis moderados de atividade física.

As estimativas das necessidades referem-se a medições feitas em indivíduos durante períodos de tempo moderados. Essas medidas reais em pessoas do mesmo sexo, idade, composição corporal e com atividades físicas similares se fundem em um mesmo grupo para se calcular as necessidades de energia ou de proteínas desse conjunto de pessoas e se obter uma medida de sua distribuição e variabilidade. Para uma classe de indivíduos similares, o indicador da necessidade de energia é a média das necessidades individuais e a de proteínas é a dose inócua de ingestão, ou seja, uma quantidade que satisfaça ou supere as necessidades de praticamente todos os indivíduos do grupo. Assim, o indicador é a média das necessidades do grupo acrescida de dois desvios padrão. No que diz respeito aos outros nutrientes, a quantidade recomendada é definida a partir do estabelecido pelos documentos publicados pelo Food and Nutrition Board (FNB).

A iniciativa da criação das Ingestão Dietética de Referência (Dietary Reference Intakes — DRI) aconteceu em junho de 1993 e substitui as periódicas revisões da Ingestão Dietética Recomendada (Recommended Dietary Allowances — RDAs), que têm sido publicadas nos Estados Unidos desde 1941 pela National Academy of Sciences.

O alvo das DRIs é a população saudável (Tabela 34.1). Incluem a Necessidade Média Estimada (Estimated Average Requirement — EAR), as RDAs, a Ingestão Adequada (Adequate Intake — AI) e o Nível Máximo de Ingestão Tolerável (Tolerable Upper Intake Level — UL). As RDAs e as AIs são valores de ingestão dietética que devem minimizar o risco de desenvolvimento de uma condição associada com um nutriente em questão. Define-se como necessidade o menor nível contínuo de ingestão de um nutriente que mantenha um estado definido de nutrição de um indivíduo.

A Necessidade Média Estimada (EAR) é o valor de ingestão diária estimado para se alcançar as demais necessidades de 50% dos indivíduos de uma determinada faixa etária. Nesse nível de ingestão, os 50% não terão suas necessidades nutricionais alcançadas. A EAR é usada como base para o cálculo da Ingestão Dietética Recomendada (RDA), que é o nível médio de ingestão diária suficiente para se alcançar as necessidades nutricionais de quase todas (97% a 98%) as pessoas saudáveis em uma determinada faixa etária. O intuito primário da RDA é o seu uso como meta para a ingestão diária dos indivíduos. Se a variação das necessidades é bem conhecida e a necessidade é normalmente distribuída, a RDA é calculada como dois desvios padrão sobre a EAR.

Ingestão Adequada (AI) é uma ingestão de referência usada no lugar da RDA caso não haja dados suficientes para o cálculo da EAR. A AI é um valor baseado em níveis experimentais de ingestão ou em aproximações de ingestões de nutrientes observadas em um grupo (ou grupos) de pessoas saudáveis. As AIs devem alcançar ou exceder a quantidade necessária para manter um estado nutricional definido, o que inclui crescimento normal, manutenção dos valores normais de nutrientes circulantes e outros aspectos do bem-estar nutricional e geral.

Nível Máximo de Ingestão Tolerável (UL) é o maior nível de ingestão diária de um nutriente que não causa risco de efeitos adversos em quase todos os indivíduos em uma determinada faixa etária. Com a ingestão acima do UL, o risco de efeitos adversos aumenta.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A necessidade de se estabelecer essa categoria cresceu com o aumento dos alimentos fortificados com nutrientes e com o aumento do uso de suplementos dietéticos por um maior número de pessoas e em doses maiores. O UL não deve ser um nível de ingestão recomendado e não há benefícios estabelecidos para indivíduos saudáveis que consumam nutrientes em quantidades maiores que as recomendadas (RDA e AI).

Ao se reportar às recomendações nutricionais, é importante entender que a referência diz respeito a quantidades de energia e nutrientes que os alimentos consumidos devem conter para satisfazer as necessidades de quase todos os indivíduos de uma população sadia. Quando essas recomendações nutricionais são ajustadas a uma população em particular, com o propósito de promover a saúde, controlar as deficiências ou excessos e reduzir o risco das doenças relacionadas à alimentação, fala-se em metas nutricionais. As metas nutricionais consideram as fontes de energia e nutrientes, as proporções que são consumidas e os fatores que afetam sua disponibilidade e consumo. Os guias alimentares são as indicações práticas para se alcançar essas metas.

Algumas considerações feitas por Schneider e col.[10] ainda devem ser observadas no uso das recomendações nutricionais para o grupo etário acima de 60 anos. Entre elas destacamos as a seguir.

- A heterogeneidade substancial da população idosa deveria ser reexaminada porque muitas doenças e medicações podem afetar a ingestão ótima. Além disso, a razão das mudanças nas funções fisiológicas que afetam as necessidades nutricionais variam entre os indivíduos. As recomendações baseadas somente na idade podem não ser corretas e ser de pouco uso individualmente. Um caminho alternativo seria a utilização de fórmulas derivadas para individualizá-las para adultos, para cada nutriente, por inclusão de coeficientes para alguns fatores como idade, presença de doenças específicas e resultados de testes laboratoriais. Uma estratégia análoga tem sido útil para estimar o risco individual de doenças cardiovasculares, e o princípio envolvido precisa ser aplicável equanimemente para estimar as necessidades individuais.
- Informações específicas da inter-relação nutriente-nutriente e droga-nutriente deveriam ser anexadas aos documentos sobre padrões de referência.

Além das observações desse autor, outros indicam modificação (aumento ou diminuição) das necessidades nutricionais decorrentes da influência de fatores ambientais ou comportamentais, como exposição a metais pesados, poluição ambiental, estresse e pouca exposição ao sol.

Fisiologia da Nutrição

Devido ao envelhecimento, o idoso apresenta alterações funcionais e estruturais em vários órgãos do

Tabela 34.1 Os Tipos de Uso das Ingestões Dietéticas de Referência para Indivíduos e Grupos

Tipos de Uso	*Para Indivíduos*	*Para Grupos*
Planejamento	RDA: Os valores servem como meta para ingestão adequada. AI: Os valores servem como meta para ingestão adequada. UL: Utilizado como guia para limite de ingestão; a ingestão crônica de quantidades elevadas pode aumentar o risco de efeitos adversos.	EAR: Utilizado em conjunto com uma medida de variabilidade da ingestão do grupo determina objetivos para a ingestão média de um grupo específico.
Avaliação	EAR: Utilizado para examinar a possibilidade de inadequação. Uma avaliação do verdadeiro estado nutricional necessita de dados clínicos, bioquímicos e/ou antropométricos. UL: Utilizado para examinar a possibilidade de consumo exagerado. Para avaliar estado nutricional são necessários dados clínicos, bioquímicos e/ou antropométricos.	EAR: Utilizado na avaliação da prevalência da ingestão inadequada dentro do grupo

RDA = Ingestão Dietética Recomendada; AI = Ingestão Adequada; UL = Nível Máximo de Ingestão Tolerável; EAR = Necessidade Média Estimada.
Fonte: Dietary Reference Intakes for calcium, phosphorus, magnesuim, vitamin D and fluoride.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

aparelho digestivo: boca, esôfago, estômago, intestinos, fígado e pâncreas.

Na boca, as modificações fisiológicas que acontecem com o processo de envelhecimento fazem com que ocorra diminuição da secreção salivar e alterações involutivas de dentes, gengivas, mandíbula e maxilar. Essa diminuição da secreção deve-se a certo grau de atrofia da glândula parótida, à degeneração acinar, a aderências e à obstrução de ductos, podendo, além disso, ser agravada pelo hábito de se respirar pela boca, pelo uso de próteses dentárias mal adaptadas ou por febre. O uso de algumas drogas também pode levar à xerostomia. Esta deficiência pode ter como conseqüência a alteração do paladar e dificuldade de mastigação e deglutição, contribuindo para a má digestão e a aceleração da deterioração dos dentes. As alterações involutivas de dentes, gengivas, mandíbula e maxilar levam ao ressecamento da mucosa oral, propiciando processos inflamatórios e dificultando principalmente a mastigação.

No esôfago, podem ocorrer diminuição da amplitude das contrações peristálticas e aparecimento freqüente de ondas terciárias, podendo causar retardo no esvaziamento e, às vezes, dilatação de suas paredes. Essas alterações facilitam o aparecimento freqüente de disfagia no idoso.

No estômago, ocorre redução da atividade funcional, progressiva diminuição da secreção ácida e da pepsina, que, ao longo dos anos, conferem um aspecto atrófico à mucosa. A motilidade e o esvaziamento gástrico parecem diminuir gradativamente com a idade. Estudos demonstram que dois fatores interferem no esvaziamento gástrico: o pH intragástrico, que no envelhecimento é alterado pela diminuição da secreção ácida, e uma capacidade menor da musculatura antral, o que parece ser a mudança mais importante.

Estudos demonstram que a produção basal e a estimulada de ácido gástrico diminuem após os 50 anos, podendo ocorrer aumento da freqüência de acloridria basal. O padrão da alteração na secreção de pepsina não é bem definido, havendo estudos que indicam diminuição, embora sem quantificá-la.

No intestino delgado, pode ocorrer diminuição na capacidade de absorção de nutrientes, aparentemente causada por redução da motricidade intestinal, hipocloridria, diminuição significativa da área da superfície da mucosa e deficiência no suprimento sangüíneo da mesma. Todos esses fatores levam à existência de um processo atrófico involutivo muscular e da mucosa.

Experimentos em animais sugerem que a alteração da função imunológica intestinal, incluindo a produção alterada de IgA, seria decorrente de uma regulação prejudicada das imunoglobulinas. Outras investigações sugerem uma modificação na arquitetura da mucosa do delgado, com as vilosidades tornando-se foliáceas, desorganizadas ou atróficas.

Em estudo sobre a especificidade da mucosa e das enzimas totais ativas, notou-se que a atividade total ou especifica de algumas enzimas, como isomaltase, lactase, maltase e fosfatase alcalina, tem níveis diminuídos em animais velhos. Entretanto, apesar desses estudos, a avaliação funcional do intestino delgado do idoso torna-se difícil, pois, nos animais, normalmente também há alterações em outros órgãos, o que pode acarretar a alteração da atividade das enzimas.

Quanto ao reto e ao cólon parece não existir alterações motora e secretora. A ocorrência de obstipação deve-se, habitualmente, à diminuição da ingestão de fibras e água e à flacidez da parede abdominal, o que torna difícil a evacuação.

O pâncreas sofre modificações anatômicas e fisiológicas com o envelhecimento que nem sempre são refletidas por uma alteração funcional pancreática, embora ocorra diminuição no volume da secreção do órgão com progressiva diminuição do débito enzimático. Alguns trabalhos não mostraram qualquer diferença nos níveis séricos de lipase pancreática e tripsina entre os indivíduos jovens e idosos, enquanto outros revelaram níveis normais de amilase, tripsina e bicarbonato, e redução dos níveis de lipase, que, contudo, não provocaram alterações na digestão.

No idoso, ocorre diminuição do tamanho do fígado e do fluxo sangüíneo hepático, que parece ser proporcional à diminuição do peso corpóreo. Há também aumento do tamanho dos hepatócitos e fibrose do parênquima hepático, sem aparente repercussão funcional. Estudos em animais idosos mostram a diminuição de diversas enzimas hepáticas. A meia-vida prolongada de drogas submetidas à depuração hepática está muito provavelmente relacionada com as reconhecidas reduções no parênquima e no fluxo sanguíneo hepático que ocorrem com o envelhecimento.

Analisando esses estudos realizados sobre o aparelho gastrintestinal no processo de envelhecimento, observamos que os resultados são conflitantes. Assim,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pode-se concluir que ainda há muito a pesquisar para se ter certeza sobre todas as alterações sofridas por esse aparelho e a conseqüente mudança das necessidades nutricionais.

Recomendações Nutricionais

Energia

O Informe FAO/OMS/UNU (1985) recomenda que as necessidades energéticas sejam calculadas como múltiplos do metabolismo basal, levados em consideração a idade e sexo do indivíduo, sugerindo não ser apropriado designar-se uma dada pessoa como referência para toda a população. Isso se deve ao fato de que cada grupo da população tem necessidades energéticas próprias, que dependem de vários fatores, como a natureza de seu trabalho, atividades sociocomunitárias, voluntárias e de lazer, massa corporal, estado fisiológico, ambiente físico, entre outros. O informe sugere que cada região ou população estabeleça tipos mais característicos, que permitam calcular valores para planificar ações ou programas específicos.

No cálculo para estimar as necessidades energéticas para indivíduos maiores de 18 anos, a taxa de metabolismo basal é obtida por meio de equações formuladas a partir de dados de diversos países. A Tabela 34.2 mostra as equações estabelecidas para os indivíduos acima de 60 anos. Essas equações também foram elaboradas utilizando-se apenas o peso corporal. A diferença dos resultados entre ambas é significativa no caso dos adolescentes e dos idosos, indicando que o efeito da altura sobre a Taxa de Metabolismo Basal (TMB) é importante nesses grupos etários (Tabela 34.3). Assim sendo, é mais recomendado o uso das equações que levam em consideração também a altura. Essas equações são as recomendadas pelo informe. Entretanto, outras fórmulas também podem ser utilizadas para o cálculo do metabolismo basal. A altura a ser utilizada para estimar a TMB é sempre a real, apesar das dificuldades de obtenção dessa medida. No que se refere ao peso, este deve ser o real desde que esteja dentro dos parâmetros recomendados.

Pode-se observar que, para determinada altura, a TMB de indivíduos que se encontram nos extremos da margem aceitável de peso difere daqueles que estão na mediana do peso. Ocorre a situação inversa quando pessoas de mesmo peso variam na altura e, por fim, no índice de massa corpórea (IMC). A escolha do método dependerá das circunstâncias e dos objetivos. A TMB pode ser calculada partindo-se do peso obtido (peso real) ou da mediana de peso segundo idade, sexo e altura (padrão de referência).

Tabela 34.2 Equações a partir do Peso Corporal (P em kg) e da Altura (A em cm) para o Cálculo da Taxa de Metabolismo Basal para Indivíduos Maiores de 60 Anos

Sexo	Equação
Masculino	8,8 + 1128 A - 1071
Feminino	9,2 P 637 A - 302

Tabela 34.3 Equações a partir do Peso Corporal para o Cálculo da TMB

Sexo	Equação
Masculino	13,5 P + 487
Feminino	10,5 P + 596

Os fatores a serem multiplicados pela TMB dependerão do nível de atividade do indivíduo ou do grupo de indivíduos. Para o cálculo do aporte energético mínimo de sobrevivência o coeficiente é de 1,27 multiplicado pela taxa de metabolismo basal encontrada. Esse aporte permitiria a sobrevivência sem atividade física, levando-se em consideração apenas as funções fisiológicas e o ato de se alimentar, não sendo, em longo prazo, compatível com a saúde. Estimou-se que, para adultos, a ingestão de energia de 1,4 multiplicada pela taxa de metabolismo basal encontrada representa o mínimo apropriado compatível com a vida sedentária. No caso de indivíduos que realizam atividades de lazer, socialmente desejáveis e necessárias para o alcance de boa saúde, e atividades ocupacionais que envolvam esforço físico, esses valores aumentam (Tabela 34.4).

A quantidade de energia necessária para pessoas acima de 50 anos foi definida pelo NRC para a população americana como sendo 1,5 multiplicada pela taxa de metabolismo basal encontrada. Nesse caso, assu-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

miu-se atividade leve, na qual deve ser encorajado o interesse na manutenção da massa muscular e no bem-estar por meio da atividade física. Não se deve assumir que um declínio marcante na atividade, freqüentemente observado em idosos, seja inevitável ou desejável. A recomendação energética para o homem de tamanho de referência (77kg e 1,76m) é de 2.300kcal/dia e para a mulher de referência (65kg e 1,60m) é de 1.900kcal/dia. Uma variação normal de aproximadamente 20% é aceita por refletir a variação da TMB e do fator atividade. O próprio NRC refere que a necessidade energética para indivíduos acima de 75 anos diminui devido à redução do tamanho corporal, da taxa de metabolismo basal e da atividade física.

Tabela 34.4 Coeficientes Múltiplos da Taxa de Metabolismo Basal, segundo o Tipo de Atividade

Atividade Física	*Coeficiente*
Mínimo para sobrevivência	1,27
Sedentária	1,4
Leve	1,55
Moderada	1,8
Intensa	2,1

Segundo Wellman[11], os valores calóricos para o grupo de 51 anos e mais equivale a 30kcal/kg de peso corporal. Necessidades energéticas declinam com reduções relacionadas com a idade, o tamanho do corpo, a massa corporal magra, a taxa de metabolismo basal e a atividade física. A necessidade energética diminui em 6% dos 51 aos 71 anos e outros 6% após 74 anos. Apesar de a massa corporal magra geralmente diminuir de 2 a 3% por década após a fase adulta jovem, é desejável estar fisicamente ativo nos anos tardios a fim de manter massa muscular.

Estudos sobre o consumo alimentar entre idosos mostram uma ingestão média de 2.300kcal entre homens e 1.900 entre mulheres. Um estudo nacional americano encontrou uma média de ingestão de 1.955 calorias entre homens de 65 e 74 anos e 1.812 entre aqueles acima de 74 anos. Entre as mulheres, os resultados foram de 1.426 e 1.395kcal, respectivamente. Homens do estado americano do Novo México ingerem 2.085kcal e mulheres, 1.530kcal, resultado semelhante ao encontrado em pesquisa realizada na cidade americana de Boston.

Estudos no Brasil são escassos. Observou-se, entretanto, que a mediana do consumo energético da população acima de 60 anos na região metropolitana de São Paulo é de 1.301kcal para mulheres e 1.856kcal para homens.

Proteínas

A proposta da FAO/OMS/UNU considera que uma alimentação balanceada deve fornecer quantidades de proteínas acima das necessidades médias para uma pessoa, permitindo uma margem de segurança. Entretanto, deve-se levar em consideração dois fatores importantes, que são a quantidade e a qualidade das proteínas. Entre os fatores que determinam a qualidade podemos citar o perfil aminoacídico, a digestibilidade, a relação proteína-energia, os minerais e as vitaminas.

A análise do balanço nitrogenado, em geral, não mostra diferença significativa entre jovens e idosos. Apesar de alguns pesquisadores considerarem que o balanço nitrogenado indica que homens acima de 50 anos necessitam de mais nitrogênio e, em particular, mais metionina e lisina que homens jovens, outros estudos indicam que a necessidade de proteínas para indivíduos jovens e idosos permanece igual.

Alguns estudos basearam-se no equilíbrio do balanço nitrogenado dos idosos, tendo calculado necessidades protéicas de 0,6g por quilo de peso por dia, o que corresponde a uma ingestão mínima diária de 40g de proteínas. Outros estudos declaram que as recomendações podem sofrer ajustes e que a deficiência protéica é um fenômeno comum no idoso.

Há evidências de que o metabolismo protéico muda com a idade. O *turnover* das proteínas musculares sugere diminuição no número e porcentagem das proteínas corporais totais. Apesar de os estudos demonstrarem a diminuição dessas proteínas, ainda não se conhecem os mecanismos desse processo.

Um outro estudo sobre as necessidades protéicas para idosos relata a afinidade entre a proteína dietética e a progressão de doenças renais. Quando as

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

doenças renais se desenvolvem, há diminuição da função renal, ocorrendo rápida redução dos tecidos. Essas evidências sugerem que dietas com restrições protéicas durante o desenvolvimento das doenças renais reduziriam o decréscimo da filtração glomerular associada ao progresso da doença. Em indivíduos que não tinham doenças renais associadas, a ingestão protéica não contribuiu nem induziu a rápida deterioração da função renal.

Ainda há controvérsias em relação às recomendações de proteínas individuais para idosos, mas investigações recentes têm apontado que os idosos necessitam da mesma quantidade protéica que os jovens.

Quando se estabelecem as necessidades protéicas, utilizam-se proteínas de boa qualidade, tais como as do leite, do ovo, da carne e do pescado, consideradas proteínas padrão ou de referência.

Em 1985, a FAO/OMS/UNU sugeriu um perfil aminoacídico de acordo com a necessidade humana. Como proteína de referência, estabeleceu um cômputo químico de aminoácidos baseado nas necessidades de pré-escolares, utilizado-o para todas as idades até que se estabeleça este cômputo para cada faixa etária. A quantidade indicada para o idoso é de 0,75g por quilo de peso corporal para a proteína de referência (proteína de alto valor biológico).

O NRC, ao definir suas recomendações para a população americana, estabeleceu 0,8g por quilo de peso corporal, levando em consideração o perfil aminoacídico de uma dieta típica americana e considerando a digestibilidade igual a da proteína de referência.

No que se refere à participação calórica, é possível que as proteínas contribuam com 12% a 14% do total energético.

Lipídios

Os lipídios têm mais que o dobro de calorias das proteínas e dos carboidratos, a maior das densidades calóricas — 9cal/g. Eles são importantes na adequação calórica da dieta, além de fornecer nutrientes essenciais para o organismo, como as vitaminas lipossolúveis e os ácidos graxos essenciais (linoléico e linolênico).

A digestão e a absorção de gorduras são semelhantes quando medidas em níveis normais de consumo. Estudos sugerem que, em doses elevadas, os idosos mostram sinais de absorção menor que os adultos. A diferença observada no tempo de esvaziamento gástrico está relacionada com a diminuição da hidrólise.

Os ácidos graxos podem ser utilizados como fonte de energia pela maioria das células corporais, com exceção dos eritrócitos e das células do sistema nervoso central. O metabolismo dos ácidos graxos de cadeia longa necessita de um sistema de transporte para a mitocôndria. O sistema nervoso central normalmente usa a glicose como principal fonte de energia, mas o cérebro pode utilizar cetonas que são produzidas durante o catabolismo de ácidos graxos quando o suprimento de glicose é limitado. O excesso de energia é estocado principalmente como triglicérides no tecido adiposo.

O colesterol e os fosfolipídios são os principais componentes de todas as membranas celulares e da mielina. O colesterol é também precursor de hormônios esteróides produzidos no córtex adrenal e nas gônadas e dos sais biliares produzidos no fígado. Entretanto, altas taxas de gordura saturada mostraram ter ligação com o desenvolvimento de aterosclerose e certos tipos de câncer. Além disso, a doença arterial coronariana ter sido com freqüência associada a níveis elevados de colesterol sérico. Percebe-se, então, que a grande ingestão de lipídios constitui fator de risco de doenças cardiovasculares e que modificações, em termos de quantidade e qualidade, nos lipídios dietéticos podem gerar benefícios.

Não existem recomendações para gorduras totais propostas pelo NRC, mas seu controle é importante tanto para os idosos como para adultos jovens para a prevenção de doenças crônicas. Assim, é prudente que 30% ou menos das calorias totais sejam provenientes de gorduras e que a ingestão de colesterol seja menor que 300mg.

Em termos de metas nutricionais para idosos, Horwitz[7] sugere o intervalo de 25% a 30% para a participação lipídica no total calórico.

Carboidratos e Fibras

A glicose é a principal fonte de energia de muitos tecidos corporais, incluindo o cérebro e o sistema nervoso. Dado que outros componentes da dieta podem ser convertidos em glicose, não existe necessidade do consumo de carboidratos na maioria das circunstâncias. Assim, os efeitos produzidos pelo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

jejum ou por uma dieta pobre em carboidratos são facilmente revertidos com uma ingestão diária de 50 a 100g de carboidratos. Entretanto, devido aos limites desejáveis de ingestão de gorduras e também de proteínas, o Subcomitê do NRC recomenda que mais de 50% da necessidade energética seja fornecida por carboidratos.

Aparentemente, a capacidade de digerir carboidratos declina com o avançar da idade e, em conseqüência, a glicemia de jejum tende a aumentar lentamente com o tempo, tornando importante a ingestão de carboidratos complexos. Os alimentos que fornecem esse nutriente, além de energia, fornecem fibras que aumentam a motilidade intestinal — que tende a diminuir com o tempo — e outros nutrientes, substituindo com vantagem a ingestão exclusiva do açúcar refinado.

A fibra dietética é constituída de polissacarídeos não amiláceos acrescidos de liguinina, oligossacarídeos e amido resistente. Essas substâncias ainda não estão claramente identificadas nos alimentos, tornando difícil a determinação de sua necessidade ou ingestão adequada. No entanto, diversos estudos prospectivos e experimentais têm demonstrado efeitos metabólicos e fisiológicos importantes para a saúde humana (saciedade gástrica, interação enzimática, motilidade intestinal, influência na constituição da flora intestinal).

Apesar da dificuldade de identificar os componentes das fibras dietéticas e de sua fermentação pela flora intestinal, estudos recentes indicam que a energia obtida a partir da fermentação da fibra varia de 1,5 a 2,5kcal/g.

O Subcomitê do NRC, quando se refere às fibras dietéticas, recomenda também que a ingestão desejável de fibra seja atingida não pela adição de concentrados de fibras à dieta, mas por consumo de frutas, hortaliças, leguminosas e cereais integrais que fornecem minerais e vitaminas.

A digestibilidade das fontes alimentares de energia (carboidratos, proteínas e lipídios) diminui em dietas com alto teor de fibra alimentar. Por esse motivo, as necessidades energéticas devem ser multiplicadas por 1,05 no cálculo da energia recomendada para dietas com alto teor de fibras, e por 1,025 para aquelas de teor moderado.

Horwitz[7] sugere como meta nutricional para o idoso que 55% do total calórico seja fornecido por carboidratos. Dadas as faixas de metas para proteínas (12% a 14%), e lipídios (25% a 30%), pode-se considerar como faixa recomendada para carboidratos valores entre 56% e 63% do total de calorias da dieta.

Assim, concluindo, as metas nutricionais seriam: 12% a 14% de proteínas; 25% a 30% de lipídios e 56% a 63% de carboidratos.

Vitaminas Lipossolúveis

A carência vitamínica no idoso é controversa; alguns estudos têm demonstrado que a provável inadequação, dentre as vitaminas lipossolúveis, está relacionada com a vitamina D. Outros trabalhos demonstram que as deficiências vitamínicas causadas pela dieta com conseqüências para a saúde são praticamente inexistentes se o idoso tem uma dieta adequada.

Vitamina A, Betacaroteno e Outros Carotenóides

Vários estudos epidemiológicos sugerem a associação entre altas concentrações de betacaroteno e outros carotenóides alimentares com baixo risco de várias doenças crônicas. Essas evidências, no entanto, apesar de consistentes, não foram usadas para definir necessidades de betacaroteno ou carotenóides, porque os efeitos observados podem ser devidos a outras substâncias encontradas nos alimentos.

Os carotenóides presentes na dieta são betacaroteno, licopeno, alfacaroteno, luteína, zeaxantina e betacriptoxantina, sendo que o alfacaroteno, o betacaroteno e a betacriptoxantina podem ser convertidos em retinol (pró-vitamina A). Essa conversão pode ser realizada em uma relação de 12:1, no caso do betacaroteno, e de 24:1, no caso dos outros carotenóides.

A vitamina A compreende uma família de moléculas com diferentes grupos funcionais: retinol, retinal, acido retinóico e o éster retinil. O termo vitamina A inclui também os carotenóides pró-vitamina A, que são precursores do retinol.

A vitamina A é importante para a visão normal, a expressão genética, a reprodução, o desenvolvimento embrionário, o crescimento e a função imune. A deficiência clínica mais notada na baixa ingestão de vitamina A é a xeroftalmia.

A fim de manter os estoques corporais, a EAR de vitamina A para homens acima de 51 anos é de 625mcg e para mulheres é de 500mcg; a RDA, portanto, será de 900mcg e 700mcg, respectivamente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Existem vários dados dos efeitos adversos de altas doses de vitamina A, sendo os principais efeitos crônicos a redução da densidade mineral óssea, a teratogenicidade e as anormalidades hepáticas. A dose máxima aceitável (UL) para homens e mulheres é de 3.000mcg de vitamina A pré-formada. Os carotenóides pró-vitamina A não apresentam relação com esses efeitos adversos.

Vitamina D

A ingestão adequada (AI) para homens e mulheres entre 51 e 70 anos é de 10mcg/dia, ou 400UI, e para homens e mulheres com 71 anos e mais é de 15mcg/dia, ou 600UI.

A deficiência dessa vitamina por tempo prolongado ou em grau bastante severo pode levar ao aparecimento da osteomalacia, contribuindo significativamente para o desenvolvimento da osteoporose, além de propiciar fraqueza muscular e tetânia devido a hipocalcemia.

Alguns estudos relatam alterações na produção e no metabolismo de vitamina D devidas à baixa ingestão dietética e à expressiva diminuição da capacidade de síntese em quantidade suficiente pela pele a partir da exposição à radiação solar.

Os indivíduos idosos podem desenvolver deficiências de vitamina D com facilidade. Segundo Chernoff[2], um dos principais fatores que contribui para que isso ocorra é a limitação à exposição solar, notada principalmente entre idosos institucionalizados ou dependentes, ou em locais onde o clima é severo (frio ou calor intensos). Considerando que o Brasil é um país tropical, privilegiado com a incidência dos raios solares durante todo o ano, a população idosa não deveria ser atingida por essa deficiência. Para tanto, deve-se incentivar que os idosos, mesmo dependentes, exponham-se aos raios solares diariamente.

O uso do suplemento da vitamina D só deve ser praticado quando houver indicação clínica, pois quantidades superiores a 50mcg/dia (nível máximo de ingestão tolerável) dessa vitamina podem levar a uma hipercalcemia, com a calcificação de tecidos e possíveis danos renais e cardiovasculares.

Vitamina E

Não existem evidências de que o processo de envelhecimento diminui a absorção e utilização da vitamina E. Tanto para homens como para mulheres, nas faixas etárias de 51 a 70 anos e 71 anos e mais, a EAR de vitamina E é de 12mg/dia de alfatocoferol e a RDA é de 15mg/dia.

A principal função da vitamina E é sua atuação como antioxidante, prevenindo a propagação da reação dos radicais livres. Essa vitamina é um inibidor dos radicais peroxil e protege especialmente os ácidos graxos poliinsaturados junto aos fosfolipídios das membranas e das lipoproteínas plasmáticas.

O alfatocoferol (a forma ativa da vitamina E) tem também como função inibir a atividade da proteína quinase, que está envolvida na proliferação e na diferenciação celular do músculo liso, das plaquetas e dos monócitos.

A deficiência de vitamina E é muito rara em seres humanos e, quando ocorre, leva a anomalias neurológicas. Só é encontrada em indivíduos com incapacidade de absorvê-las ou com anormalidades que dificultem a manutenção da concentração dos níveis séricos.

Quantidades superiores a 1.000mg/dia (nível máximo de ingestão tolerável) de qualquer forma de tocoferol (vitamina E) suplementar mostraram tendência ao aumento de hemorragias.

Vitamina K

A função da vitamina K é atuar como co-enzima durante a síntese da forma biologicamente ativa de proteínas envolvidas na coagulação sanguínea e no metabolismo ósseo. Ela pode ser encontrada em duas formas: filoquinona, encontrada nas plantas, e menaquinona, sintetizada pela microflora bacteriana intestinal.

Quando se fala da vitamina K, deve-se em primeiro lugar lembrar que sua principal fonte não é a alimentação, e sim sua síntese feita pela microflora bacteriana do intestino. Levando este fato em consideração, pode-se afirmar que a deficiência de vitamina K não ocorre devido à inadequação da ingestão dietética, mas desenvolve-se como resultado de causas iatrogênicas. Drogas à base de sulfa e antibióticos podem reduzir a produção da vitamina K por diminuírem a microflora intestinal. Além disso, drogas anticoagulantes são antagonistas da vitamina K. Essas substâncias são comumente utilizadas em pacientes idosos, levando estes, com certa freqüência, a desenvolverem deficiência da vitamina.

Além das drogas já mencionadas, outro grupo de medicamentos, constituído pelos laxantes, tende a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

aumentar o trânsito intestinal, interferindo na absorção da vitamina. Existem, por isso, algumas situações de indicação clínica para a suplementação da vitamina K, que deve ser praticada com critério.

Devido às suas fontes, não é possível estabelecer suas necessidades nutricionais (EAR); assim, o parâmetro de referência para ingestão adequada (AI) da vitamina K é de 120mg/dia para homens e 90mg/dia para mulheres de 51 a 70 anos e com 71 anos e mais.

Efeitos adversos da vitamina K, tanto provenientes de alimentos quanto de suplementos, não foram referidos nos estudos. Apesar de não ter sido estabelecida uma dose máxima para a vitamina K, a forma sintética, menadione, tem sido relacionada com disfunções hepáticas e não deve ser utilizada terapeuticamente por tempo prolongado.

Vitaminas Hidrossolúveis

A deficiência subclínica, em especial de vitaminas hidrossolúveis, é freqüente em idosos, pois a capacidade de reposição de reservas rapidamente diminui. Normalmente, essas reservas são reduzidas em situação de estresse ou de doenças, sendo a absorção e a utilização das vitaminas prejudicadas pelo elevado consumo de medicamentos.

Tiamina

A EAR de tiamina para indivíduos acima de 50 anos foi estabelecida nos mesmos valores que a para os adultos mais jovens, ou seja, 1mg/dia para homens e 0,9mg/dia para mulheres. O RDA é de 1,2mg/dia para homens e de 1,1mg/dia para mulheres tanto para a faixa etária de 51 a 70 anos quanto acima de 71 anos.

A principal função da tiamina é atuar como co-enzima no metabolismo dos carboidratos e de aminoácidos de cadeia ramificada. Não existem estudos que apresentem resultados com efeitos adversos ao consumo elevado dessa vitamina tanto pela alimentação quanto pela suplementação.

A deficiência da vitamina está associada a determinadas conjunturas, como, por exemplo, regiões onde o consumo alimentar tem como base arroz branco e farinhas refinadas; indivíduos alcoólatras entre os quais há diminuição de consumo e absorção dessa vitamina; pacientes renais que se submetem a diálise por um longo período e pacientes com infecções crônicas. Essas situações estão freqüentemente associadas ao processo de envelhecimento. No entanto, não existe evidência da necessidade de aumentar a ingestão de tiamina conforme a idade, apesar dos baixos níveis de tiamina no sangue em adultos idosos.

Riboflavina

A EAR da riboflavina para indivíduos entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos é de 1,1mg/dia para homens e 0,9mg/dia para mulheres. A RDA passa então a ser de 1,3mg/dia para homens e 1,1mg/dia para mulheres. Assim como no caso da tiamina, não existem estudos suficientes para indicar a UL da riboflavina.

Sua função principal é atuar como co-enzima em diversas reações de óxido-redução.

A deficiência de riboflavina é comumente encontrada em países em desenvolvimento, enquanto que o seu baixo consumo pode ser encontrado em regiões onde há baixa ingestão de alimentos lácteos.

Niacina

A recomendação de niacina é expressa em termos de equivalente niacina (NE), isto porque o aminoácido essencial triptofano contribui para que se atinja as necessidades dessa vitamina. Por convenção, 60mg de triptofano equivalem a 1mg de niacina. Assim, deve-se considerar a quantidade de triptofano e de niacina tanto para calcular a quantidade disponível na dieta como para definir as quantidades permitidas.

A EAR para homens entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos é de 12mg/dia, e para mulheres na mesma faixa etária é de 11mg/dia. A RDA, então, é de 16mg/dia para homens e 14mg/dia para mulheres, tanto para a faixa etária entre 51 e 70 anos quanto para indivíduos acima de 71 anos.

A principal função da niacina é atuar como co-enzima nas reações de óxido-redução. Em pessoas com ingestão dessa vitamina superior a 35mg/dia foi observado rubor nas faces — daí a determinação desse valor como UL.

Vitamina B_6

As necessidades de vitamina B_6 em suas diversas formas (piridoxina, piridoxal e peridoxamina) aumentam conforme aumenta a ingestão de proteína. A quantidade de 0,016mg de vitamina B_6 por grama de proteína foi considerada aceitável pela maioria dos indicadores do estado nutricional em adultos de ambos os sexos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A EAR dessa vitamina para homens é de 1,4mg/dia e para mulheres é de 1,3mg/dia, tanto para o grupo de 51 a 70 anos quanto aqueles acima de 71 anos. A RDA para a vitamina B_6 é de 1,7mg/dia para homens e 1,5mg/dia para mulheres nos dois grupos etários.

A função dessa vitamina é atuar como co-enzima no metabolismo dos aminoácidos e do glicogênio. O principal efeito adverso da superdosagem de vitamina B_6 na forma de piridoxina é a neuropatia periférica, que se manifesta quando a ingestão da vitamina é superior a 100mg/dia.

Folato

Folato é um termo genérico para a vitamina do complexo B que funciona como co-enzima na transferência de carbono simples no metabolismo dos ácidos nucléicos e dos aminoácidos.

A EAR de folato equivalente nas faixas etárias entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos é de 320mcg/dia para homens e mulheres e a RDA é de 400mcg/dia. Esses valores levam em consideração folato alimentar e sob a forma de suplementos e alimentos enriquecidos. Um mcg de folato equivalente é igual a 1mcg de folato alimentar ou 0,5mcg de ácido fólico — suplementação —, quando da ingestão com estômago vazio, ou 0,6mcg de ácido fólico, ingerido com as refeições.

Os efeitos adversos encontrados não estão associados com a ingestão de folato alimentar ou alimentos fortificados, e sim com a ingestão na forma de suplemento. A UL definida, que é de 1000mcg/dia a partir de alimentos fortificados e suplementos, foi definida porque a ingestão excessiva de folato pode precipitar ou exarcebar a neuropatia em indivíduos com deficiência de vitamina $B_{12.}$

Vitamina B_{12}

A EAR e a RDA para indivíduos idosos têm valores iguais aos estabelecidos para adultos jovens, mas com a recomendação de que alimentos fortificados e suplementos sejam utilizados visando a atingir tanto a EAR quanto a RDA. Os valores da EAR estabelecida são iguais para homens e mulheres entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos e é de 2mg/dia e a RDA estabelecida é de 2,4mg/dia. Não existem estudos suficientes que definam a UL dessa vitamina.

A principal função da vitamina B_{12} é atuar como coenzima na transferência do grupo metil no metabolismo da metionina.

Biotina

Os estudos sobre biotina não são suficientes para definir a EAR, portanto o padrão utilizado é a ingestão adequada de 30mg/dia para homens e mulheres tanto do grupo etário entre 51 e 70 anos como para o grupo acima de 71 anos. Não existem estudos suficientes que determinem a UL dessa vitamina.

A biotina é necessária como co-fator de quatro enzimas carboxilases.

Ácido Pantotênico

O ácido pantotênico tem papel fisiológico primordial como um dos componentes da molécula da coenzima A e junto à proteína carreadora de acil na síntese de ácido graxo.

A falta de estudos sobre a absorção e o metabolismo do ácido pantotênico, assim como sobre as quantidades dessa vitamina contidas nos alimentos, dificultam o estabelecimento da EAR, da RDA e do UL. Por isso utilizou-se a ingestão adequada (AI) como proposta para a recomendação desse nutriente, que é de 5mg/dia para todas as faixas etárias de adultos de ambos os sexos, que foi obtida por extrapolação de estudos realizados com adolescentes.

Colina

A colina funciona como precursora da acil colina e dos fosfolipídios. A ingestão adequada é baseada na ingestão necessária para manter as funções hepáticas medidas pelos níveis séricos de alanina aminotransferase. Entretanto, existem poucos dados para determinar se a colina é necessária em todo o ciclo vital, e pode ser que essa necessidade seja suprida por síntese endógena em vários períodos da vida. No entanto, o Subcomitê propõe como padrão de referência a ingestão diária de 550mg/dia para homens e de 425mg/dia para mulheres, tanto da faixa etária de 51 a 70 anos quanto acima de 70 anos.

O efeito adverso de altas ingestões de colina, acima de 3,5g/dia (UL), é a hipotensão e o odor corporal de peixe.

Vitamina C

As principais funções da vitamina C são de antioxidante e co-fator de enzimas envolvidas na biossíntese do colágeno, da carnitina e dos neurotransmissores.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A EAR para homens entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos é de 75mg/dia e para mulheres nessas mesmas faixas etárias é de 60mg/dia. A RDA para homens é de 90mg/dia e para mulheres é de 75mg/dia para as faixas etárias entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos.

Devido ao fato de o cigarro promover o estresse oxidativo, recomenda-se que entre indivíduos fumantes seja aumentada a recomendação em 35mg/dia. O nível de ingestão tolerável (UL) da vitamina C é de 2.000mg/dia. A ingestão de quantidades superiores mostrou efeitos adversos como diarréia osmótica e distúrbios gastrintestinais.

Água e Eletrólitos

Apesar de a água e os principais eletrólitos (sódio, potássio e cloro) serem freqüentemente excluídos da lista de nutrientes, essas substâncias são componentes dietéticos essenciais e precisam ser adquiridos na dieta. A preocupação sobre o possível excesso de consumo (sódio e cloro) ou subconsumo (potássio) é relativamente recente.

Água

A água é o constituinte mais abundante do corpo humano, correspondendo a aproximadamente 60% do organismo adulto jovem e 52% do idoso. A redução de percentual observada no idoso refere-se principalmente ao conteúdo intracelular. Assim, enquanto no adulto jovem a relação água intracelular/água extracelular é de 2:1, no idoso é de 1,5:1. A parcela de água total depende principalmente do conteúdo de gordura; conseqüentemente, a água corporal, como uma porcentagem da massa corpórea, é maior no homem que na mulher e, em ambos, tende a diminuir com a idade.

O determinante básico da necessidade de água parece ser o metabolismo, mas sua estimativa é muito variável e um tanto complexa. Essa necessidade pode ser definida como a quantidade de água necessária para equilibrar as perdas insensíveis e manter uma concentração de soluto tolerável para o bom funcionamento renal. Tanto as perdas insensíveis como a quantidade de soluto podem variar muito, dificultando a estimativa da necessidade de água.

Em relação aos adultos, recomenda-se, para fins práticos, a ingestão de 1mL de água para 1kcal de energia despendida como a necessidade em situação de gasto energético e exposição ambiental normais. Entretanto, o risco de intoxicação é tão raro que a necessidade específica de água é freqüentemente aumentada para 1,5mL/kcal para cobrir as variações de nível de atividade, de transpiração e de uma infinidade de solutos.

Mesmo que os idosos sejam menos ativos, eles podem, ainda, ter elevada necessidade de água, especialmente no verão. Entretanto, deve-se observar que no idoso a sensação de sede pode estar diminuída. A depleção de água em situações de exaustão máxima, resultando em reposição inadequada e perdas de fluídos, levando a perda da consciência, desidratação e insolação, pode ser evitada com o consumo adequado.

Considerando a energia recomendada de referência para homens e mulheres de nesse grupo populacional, tem-se 2.850mL para mulheres e 3.450mL para homens em situações de exaustão máxima e de 1.900mL para mulheres e 2.300mL para homens em situações normais.

Sódio

O sódio é o principal cátion do fluido extracelular, responsável por manter o ambiente externo próprio das células. Uma pequena fração dele difunde para o espaço intercelular. Os ossos contêm bastante sódio, que também é o principal cátion das secreções intestinais.

As recomendações de sódio para os adultos baseiam-se na necessidade mínima estimada sob condição máxima de adaptação e sem atividades que provoquem sudorese, ou seja, não mais que 5mEq/dia, o que corresponde a 115mg de sódio (1mEq = 23mg) ou aproximadamente 300mg de cloreto de sódio por dia. Em consideração à larga variação de padrão de atividade física e exposição climática, uma ingestão média saudável pode ser estabelecida em 500mg/dia. Apesar de não existir uma variação ótima de sal ingerida a ser estabelecida, não existe vantagem no consumo elevado de sódio e há uma clara desvantagem para aqueles suscetíveis de desenvolverem hipertensão arterial. Por isso, recomenda-se a ingestão diária de cloreto de sódio limitada a 6g ou menos (menos de 2,4g de sódio).

A alimentação usual do brasileiro contém de 2.800 a 5.000mg de sódio ou 7 a 13g de cloreto de sódio. Há uma tendência mundial de redução do uso de sal em âmbito domiciliário e aumento do seu uso pela indústria alimentícia, por conta do seu efeito no sabor e na conservação dos alimentos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em vista do alto consumo de sódio pela população, inclusive entre idosos, em especial entre aqueles com diminuição da sensibilidade de paladar, a preocupação não é de atender às necessidades, e sim de incentivar a diminuição do seu consumo.

Potássio

O potássio é o principal cátion do fluido intracelular e a sua concentração nos tecidos magros é tão constante que a difusão do potássio radioativo é usado para avaliar a massa magra.

A falta de potássio provoca fraqueza muscular e paralisia, que afetam, em primeiro lugar, a musculatura intestinal com a diminuição do peristaltismo e a distensão abdominal pela parada de eliminação de gases. Diarréia severa e desidratação podem ser causas da falta de potássio que, em casos graves, afeta também o miocárdio e pode levar à parada cardíaca. O potássio pode, segundo alguns autores, contrabalançar o efeito hipertensor do sódio e provocar queda da pressão sanguínea.

A necessidade de potássio tem sido avaliada em poucos estudos. Para manter o estoque corporal e as concentrações plasmáticas e dos fluídos intersticiais normais, pode ser necessária uma ingestão de 40mEq/dia (39mg = 1mEq). Assim, a necessidade estimada, para a população adulta (acima de 18 anos) é de 2.000mg (50mEq) por dia.

Cloro

O cloro é o ânion mais importante do fluido extracelular e de todas as secreções gastrintestinais, destacando-se sua elevada concentração no suco gástrico. Variações no nível de cloro no corpo são melhor toleradas do que as diferenças na concentração dos outros eletrólitos. Sob circunstâncias normais, a deficiência dietética de cloro não ocorre. As necessidades específicas desse nutriente são semelhantes em miliequivalente ao sódio, já que a ingestão e a perda corporal são paralelas. Dessa forma, o NRC sugere como adequada a ingestão de 750mg de cloro por dia (35,4mg = 1mEq).

Minerais

Cálcio

As recomendações de ingestão de cálcio no envelhecimento estão recebendo maior atenção nos últimos anos, principalmente devido ao papel importante desse mineral no desenvolvimento da osteoporose. O padrão de referência de 1997 para o cálcio é a ingestão adequada (AI) cujo valor é de 1.200mg/dia para homens e mulheres com idade entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos.

O consumo adequado de cálcio é bastante complexo, pois existem fatores que interferem na disponibilidade e na utilização do cálcio dietético como, por exemplo, a absorção gastrintestinal. Alguns relatos demonstram que a absorção de cálcio apresenta um decréscimo com o envelhecimento, pois tanto o transporte ativo como a difusão passiva, que podem estar alterados no indivíduo idoso, participam do processo de absorção do nutriente. Outro fator que interfere na absorção do cálcio é a inadequada produção de vitamina D, que participa ativamente do processo. Além disso, podem interferir na disponibilidade e na utilização do cálcio dietético o estado da função renal, o metabolismo ósseo, a interação nutriente-nutriente, a interação droga-nutriente e a produção de hormônios.

Em mulheres após a menopausa, devido à redução da produção do estrógeno e à deficiência na formação da vitamina D, existe predisposição a um balanço negativo de cálcio e à aceleração da perda de massa óssea. Estudos têm demonstrado que terapias com o uso de estrógeno têm surtido bons resultados, aumentando a proteção contra a perda da massa óssea e evitando novas deformidades principalmente nas vértebras. Entretanto, existe uma proposta definida sobre consumo adequado de cálcio realizado pelo Consenso em 1994 que, além de aumentar esta recomendação, distingue as necessidades nutricionais de mulheres que fazem ou não uso de reposição hormonal. No caso dos homens, os valores recomendados são 1.000mg para os que estiverem entre 25 e 65 anos e 1.500mg para os maiores de 65. No caso das mulheres com idade entre 25 e 50 anos, a quantidade recomendada é 1.000mg por dia. Para aquelas acima de 50 anos que não fazem uso de terapia hormonal, a recomendação é aumentada para 1.500mg/dia. Para as mulheres que fazem reposição hormonal, até os 65 anos a recomendação se mantém em 1.000mg/dia e, após essa idade, passa a ser de 1.500mg/dia.

Os efeitos da suplementação de cálcio na prevenção da osteoporose são controversos. Alguns investigadores têm demonstrado que os suplementos de cálcio melhoram seu balanço e reduzem o padrão de per-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da óssea que ocorre com o envelhecimento. De qualquer modo, os efeitos reais da suplementação de cálcio sem o uso concomitante de estrógeno ainda não estão bem definidos.

Outros fatores dietéticos podem atuar no metabolismo do cálcio. Altos teores de proteínas na dieta estão associados com o aumento dos níveis de cálcio urinário, que é resultante do aumento no padrão de filtração glomerular e do decréscimo na reabsorção tubular de cálcio renal.

Nos últimos anos, a participação das fibras tem sido melhor estudada, tanto pelo seu papel benéfico no controle dos lipídios séricos e na absorção de glicose, principalmente em diabéticos, quanto pela possibilidade de poder afetar o balanço de cálcio, tornando seu balanço aparentemente mais negativo. Portanto, deve-se ter o cuidado de, quando for necessário o aumento da ingestão de fibras dietéticas, sempre verificar se a ingestão de cálcio é adequada. Como já foi referido, com o envelhecimento muitas vezes a ingestão é inadequada e o uso de grandes quantidades de fibras pode tornar o balanço de cálcio ainda mais negativo.

Outras substâncias podem interagir no metabolismo do cálcio, inclusive drogas — principalmente alguns diuréticos e antiácidos. Os antiácidos, em particular a base de hidróxido de alumínio, podem determinar sérios efeitos adversos, como hipercalcemia, diminuição da reabsorção de cálcio e depleção de fósforo, podendo contribuir para o aumento das doenças ósseas no idoso.

Além dos fatores já citados, tem grande importância a redução da atividade física que ocorre com a maioria das pessoas no envelhecimento. Demonstrou-se que indivíduos imobilizados apresentavam diminuição da massa óssea com aumento do cálcio urinário e diminuição da absorção intestinal do cálcio da dieta. O aumento da ingestão de cálcio não reverte esse quadro, mas, quando há aumento da ingestão de fósforo, a perda de cálcio urinário diminui. Quando há aumento de atividade física, observam-se efeitos positivos no balanço de cálcio, diminuição da perda urinária e aumento da absorção intestinal.

Um fato de bastante interesse é a existência de possíveis efeitos tóxicos que podem ocorrer com o aumento dos níveis de cálcio ingerido. Assim, pode-se observar hipercalcemia, cálculos urinários, insuficiência renal com ou sem alcalose e interação do cálcio com a absorção de outros nutrientes essenciais, como ferro, zinco, magnésio e fósforo. É obvio que, diante dessas possibilidades, não se deve oferecer dietas com quantidades superiores a 2.500mg/dia de cálcio (UL), devendo-se manter os níveis recomendados.

Fósforo

A recomendação (RDA) de fósforo de 1997, para homens e mulheres entre 51 e 70 anos e 71 anos e mais é de 700mg/dia, baseada em uma estimativa de necessidades (EAR) de 580mg/dia.

Estruturalmente, o fósforo apresenta-se como nucleotídeos, ácido nucléico e fosfolipídios, que são um dos principais componentes da maioria das membranas celulares. Colabora na manutenção do pH normal, armazena e transfere energia derivada de fontes metabólicas e ativa algumas proteínas catalíticas.

Os principais efeitos da ingestão excessiva do fósforo são: modificação no controle hormonal do cálcio, calcificação dos tecidos não esqueléticos, aumento da porosidade do esqueleto e redução da absorção do cálcio dietético. Esses efeitos adversos só se manifestam quando a ingestão de fósforo é superior a 4.000mg/dia (UL).

Magnésio

A recomendação (RDA) de magnésio para homens entre 51 e 70 anos e 71 anos e mais é de 420mg/dia e para as mulheres nessas mesmas faixas de idade é de 320mg/dia, baseada em uma estimativa das necessidades (EAR) de 350mg/dia para homens e 265mg/dia para mulheres.

Numerosos processos bioquímicos e fisiológicos requerem ou são modulados pelo magnésio. No complexo magnésio-trifosfato de adenosina (Mg-ATP), o magnésio é essencial em todo processo de biossíntese, na formação de monofosfato de adenosina (AMP) cíclico, energia de que depende o transporte na membrana celular, e na transmissão do código genético. Mais de 300 enzimas ativadas pelo magnésio são conhecidas. Concentrações de magnésio extracelular são necessárias para manter o potencial elétrico da membrana de nervos e músculos e para transmitir impulsos neuromusculares. É bastante raro ocorrer defeitos genéticos na absorção do magnésio. A toxicidade, diarréia osmótica, só foi observada em consumo não alimentar de quantidades superiores a 350mg/dia (UL).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Elementos Traços

Ferro

O ferro é um constituinte da hemoglobina, da mioglobina e de várias enzimas e, portanto, um nutriente essencial para seres humanos. Além dessas formas funcionais, aproximadamente 30% do ferro corporal é encontrado em formas de armazenamento como ferritina e hemosiderina, e uma pequena quantidade associada à transferrina.

O conteúdo de ferro corporal é regulado, principalmente com mudanças na quantidade absorvida pela mucosa intestinal. A absorção é influenciada pelo estoque de ferro, pela quantidade e natureza química do ferro nos alimentos ingeridos e por vários fatores dietéticos que aumentam ou diminuem a disponibilidade para a absorção.

As recentes recomendações da OMS sugerem que o ferro de dietas típicas de diversas populações de países industrializados tem, relativamente, alta disponibilidade, com absorção entre 10% e 15%.

Não existem evidências de alta prevalência de deficiência de ferro no idoso. Esta, no entanto, pode não raramente ocorrer devido a sangramento discreto e dificilmente perceptível ou como conseqüência de perdas hemorrágicas severas. Diante de situações como as assinaladas, exige-se apuração diagnóstica da causa, pois esta pode ser uma enfermidade grave, como, por exemplo, uma neoplasia intestinal sangrante. Pesquisas sugerem que doenças inflamatórias constituem a principal causa de anemia nesse grupo, sendo pequena a prevalência de anemia ferropriva.

A estimativa das necessidades (EAR) para homens entre 51 e 70 anos e mais de 71 anos é de 6mg/dia e para mulheres é de 5mg/dia. Portanto, a recomendação (RDA) para homens e mulheres é de 8mg/dia. Quantidades superiores a 45mg/dia (UL), resultam em efeitos adversos como dores gastrintestinais e possíveis riscos de doenças vasculares e câncer.

Zinco

A função do zinco pode ser dividida em três categorias: catalítica, estrutural e regulatória. A função catalítica consiste na participação do zinco na estrutura de enzimas que atuam nas principais vias metabólicas. A estrutural envolve proteínas que facilitam a ação dos centros queladores de aminoácidos e de enzimas como, por exemplo, a superoxidodismutase. A função regulatória está na regulação da formação do código genético.

A deficiência de zinco está relacionada com a síndrome de má absorção e com pacientes com alimentação parenteral por tempo prolongado. Os sintomas apresentados são retardo no crescimento, alopecia e diarréia, entre outros.

A estimativa das necessidades (EAR) para homens maiores de 51 anos é de 9,4mg/dia e para mulheres é de 6,8mg/dia; e a recomendação (RDA) para homens é de 11mg/dia e para mulheres é de 8mg/dia.

Os efeitos adversos estão relacionados com o uso crônico de suplementação de zinco e incluem a supressão da resposta imune, a diminuição do colesterol HDL e a diminuição do estado nutricional relacionado ao cobre. A dose máxima permitida (UL) é de 40mg/dia para homens e mulheres.

Iodo

O iodo é parte integrante dos hormônios tiroideanos — a tirosina (T_4) e a triiodotironina (T_3) —, que são essenciais ao homem. As deficiências em decorrência da falta de iodo incluem retardo mental, hipotiroidismo, bócio, cretinismo e várias outras anormalidades de crescimento e desenvolvimento.

A estimativa das necessidades (EAR) para homens e mulheres entre 51 e 70 anos e 71 anos e mais é de 95mg/dia, e a recomendação (RDA) é de 150mg/dia. A maioria das pessoas possui alta tolerância ao iodo proveniente dos alimentos. Quantidades superiores a 1.000mg/dia de iodo (UL) aumentam o TSH, que é um indicador do risco de desenvolvimento do hipotiroidismo clínico.

Selênio

O processo de envelhecimento aparentemente não impede ou dificulta a utilização do selênio, portanto, a estimativa das necessidades de selênio para homens e mulheres, tanto do grupo etário de 51 a 70 anos quanto para o grupo de 71 anos e mais é de 45mcg/dia (EAR), e a recomendação é de 55mcg/dia (RDA). A dose máxima tolerada (UL) para homens e mulheres é de 400mcg/dia.

A função do selênio é dada por meio da sua associação com as proteínas, formando as selênioproteínas. Entre elas estão as enzimas antioxidativas (glutation-peroxidase), que regulam a ação dos hormônios tiroideanos e controlam o estágio redox da vitamina C e outras moléculas. Alguns efeitos adversos foram encontrados em indivíduos com alta inges-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tão de selênio, como a selenose crônica, que tem com principais sintomas a fragilidade e perda de cabelos e unhas.

Cobre

O cobre funciona como um componente de numerosas enzimas que atuam como oxidases para obter a redução do oxigênio molecular. As principais enzimas dependentes do cobre são as aminooxidases, as ferrooxidases e as superóxido dismutases.

A deficiência de cobre é rara, mas pode ser encontrada em situações especiais como a alimentação parenteral. Os sintomas da deficiência de cobre incluem anemia normocítica e hipocrômica, leucopenia e neutropenia.

O padrão de referência utilizado para determinar as recomendações são as necessidades diárias (EAR) de 700mcg/dia para homens e mulheres entre 51 e 70 anos e com 71 anos e mais, e a RDA é de 900mcg/dia para as mesmas faixas etárias.

Os efeitos adversos estão associados a ingestão de sais de cobre solúveis de suplementos e água para beber, portanto a ingestão máxima (UL) permitida é de 10mg/dia para homens e mulheres com mais de 51 anos. Quantidades superiores podem acarretar prejuízo hepático.

Manganês

A principal função do manganês é atuar como cofator de enzimas envolvidas na formação dos ossos e no metabolismo de carboidratos, aminoácidos e colesterol.

Em função das dificuldades de se estabelecer as necessidades para o manganês, a ingestão adequada (AI) foi utilizada como parâmetro de referência. O valor definido para homens entre 51 e 70 anos e 71 anos e mais é de 2,3mg/dia e para mulheres é de 1,8mg/dia.

O consumo excessivo de manganês está relacionado à neurotoxidade, que pode ocorrer com o consumo excessivo do mineral por meio de contaminação da água. A ingestão máxima permitida (UL) é de 11mg/dia para homens e mulheres entre 51 e 70 anos e com 71 anos e mais.

Flúor

O padrão de referência utilizado para o flúor é a ingestão adequada (AI), que propõe 4mg/dia para homens e 3mg/dia para mulheres entre 51 e 70 anos e acima de 71 anos.

Esse íon tem grande afinidade com o cálcio, estando relacionado com a calcificação dos tecidos. Tem capacidade de inibir ou reverter o início ou o progresso da cárie dentária e estimula a formação de novos tecidos ósseos — por isso tem sido utilizado como droga experimental no tratamento da osteoporose.

A fluorose esquelética e a do esmalte dos dentes estão associadas ao uso elevado e continuo do flúor, em doses superiores a 10mg/dia.

Cromo

A principal ação do cromo é potencializar a atuação da insulina. Isso se deve ao fato de o cromo fazer parte de uma substância que aumenta a atividade dos receptores celulares de insulina. A deficiência do elemento pode estar relacionada ao aumento da incidência de indivíduos com intolerância à glicose e diabetes tipo II.

A concentração desse nutriente em tecidos humanos diminui com a idade, mas devido às dificuldades no método diagnóstico do estado nutricional relativo ao cromo é difícil estimar suas necessidades. A recomendação, portanto, é estabelecida em termos de ingestão adequada (AI), que é de 30mcg/dia para homens e 20mcg/dia para mulheres com 51 anos e mais.

Os efeitos adversos relativos ao excesso no consumo de cromo, tanto alimentar como de suplementos, ainda não está bem estabelecido, não havendo então definição da ingestão máxima tolerada (UL).

Molibdênio

O molibdênio tem papel bioquímico como constituinte de diversas enzimas, como a aldeído-oxidase e a xantina-oxidase, envolvidas no catabolismo de aminoácidos sulfurados e de compostos eterocíclicos, como purinas e pirimidinas. A deficiência de molibdênio não é registrada em pessoas saudáveis, mas resulta na diminuição na concentração de enzimas como sulfito oxidase, xantina dehidrogenase e aldeído oxidase. A necessidade (EAR) é de 34mcg/dia para homens e mulheres com mais de 51 anos; portanto, sua recomendação (RDA) para essa faixa etária é de 45mcg/dia. Na ausência de estudos com seres humanos, a ingestão máxima (UL) foi estabelecida a partir da análise dos efeitos adversos em ratos e camundon-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gos e é recomendado o limite de 2mg/dia para ambos os sexos e todas as faixas etária. A toxicidade do molibdênio é potencializada pela deficiência de cobre.

Arsênico, Boro, Silício, Níquel e Vanádio

Existem evidências de que esses elementos possuem um papel importante em alguns processos fisiológicos de certas espécies. Estudos realizados em seres humanos indicam respostas diferentes a ingestões variáveis de boro, silício e vanádio. Os dados disponíveis, entretanto, não são extensos e essas respostas não são constantemente observadas, por isso, não é possível determinar as necessidades nutricionais desses minerais. A ausência de informações consistentes sobre o consumo dificulta o estabelecimento da ingestão adequada (AI). Nos casos do arsênico e do silício, a ausência de informações também não permite que seja estabelecida a ingestão máxima recomendada (UL), entretanto, para o boro, o níquel e o vanádio, a dosagem foi estabelecida. Em relação ao boro, a ingestão máxima desejável (UL) é de 20mg/dia para homens e mulheres com 51 anos e mais. A ingestão máxima desejável (UL) do níquel é de 1mg/dia para homens e mulheres acima de 51 anos, e do vanádio é de 1,8mg/dia para homens e mulheres.

Considerações Finais

As recomendações nutricionais são parâmetros extremamente valiosos para a avaliação e o planejamento das dietas dos indivíduos idosos. Entretanto, é necessário que o profissional tenha claro que o consumo de alimentos não é fator determinante do estado nutricional. Assim, é fundamental conhecer a história de vida de cada um. Na avaliação individual, deve-se buscar identificar as necessidades dos idosos, levando-se em consideração não só os aspectos gerais, mas também, as afecções presentes, a interação nutriente-nutriente e droga-nutriente, as necessidades individuais, o gasto energético com atividade física, os hábitos alimentares atual e pregresso e o estado nutricional (indicadores antropométricos e bioquímicos).

O planejamento das orientações nutricionais, além de atender às recomendações, deve considerar a história e as características biopsicossocias do indivíduo no momento. Por outro lado, qualquer orientação deve ser monitorada a fim de ser avaliada e adaptada às reais necessidades do indivíduo ou grupo-alvo.

Diversos estudos atuais indicam possíveis efeitos biológicos de outras substâncias que existem naturalmente nos alimentos, além das que são reconhecidamente necessárias ao homem. Todavia, ainda não há consenso sobre quais são estes efeitos e, principalmente, se tais substâncias são essenciais ou não para o desenvolvimento orgânico.

Bibliografia

1. Ausman LM, Russell, RM. Nutrition in the elderly. In: Shils ME, Olson JA, Shike, M (eds.). Modern nutrition in health and diseases. 8 ed. Filadélfia: Lea & Febiger; 1994.
2. Chernoff R. Nutricional rehabilitation and the elderly. In: Lewis, CB. Aging: The health care challenge. 3 ed. Filadélfia: Davis Company; 1995. p. 305.
3. Food and Nutrition Board. Institute of Medicine Dietary. Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D and Fluoride. Washington, D.C.: National Academic Press; 1997.
4. Food and Nutrition Board. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin and Choline. Washington, D.C.: National Academic Press; 1998.
5. Food and Nutrition Board. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Cupper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc. Washington, D.C.: National Academic Press; 2001.
6. Food and Nutrition Board. Institute of Medicine. Dietary Reference Inatkes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium and Carotenoids. Washington, D.C.: National Academic Press; 2000.
7. Horwitz A. Guias alimentarias y metas nutricionales en el evejecimiento. Arch Latinoam Nutr; 1993; 38 (3): 723.
8. Meira RLC, Gordilho ACB, Machado Neto MP, Nery MR. Sinais e sintomas em gastroenterologia geriátrica. In: Guimarães RM, Cunha UGV (eds.). Sinais e sintomas em geriatria. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. p. 113.
9. National Research Council US. Subcomittee on the tenth edition of the RDAs.
10. Schneider EL et al. Recommended dietary allowances and the health pf elderly. New Engl J Med; 1986; 314(3): 157.
11. Wellman. Dietary guidance and nutrients requirements of elderly. Primary care; 1994; 21(1): 1.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

35 Condutas Dietéticas

Maria de Lourdes do Nascimento
Sami Liberman

Introdução

Com a evolução social, científica e tecnológica houve uma alteração nos padrões de saúde e doença da humanidade.

Nas últimas décadas, a queda dos índices de mortalidade e fecundidade vem causando profunda repercussão no quadro de morbidade da população brasileira, refletindo, assim, alterações nas taxas de mortalidade por idade e causas de morte.

A diminuição de doenças infecciosas e parasitárias na população infantil propiciou o aumento do número de pessoas que conseguem atingir idades mais avançadas, aumentando o número de casos de doenças crônico-degenerativas. Esse fenômeno caracteriza a "transição epidemiológica".

Sendo as doenças crônico-degenerativas responsáveis pelo maior número de internações da população idosa, bem como suas incapacitações, a alimentação deve exercer um papel primordial, atuando na manutenção da saúde desses indivíduos.

Para que a pessoa idosa seja motivada a mudar seus hábitos alimentares deve haver uma forte razão, bem como uma abordagem humana. Durante a orientação individual, é importante saber por que ela não é suscetível à orientação. Pode haver uma razão não relacionada ao alimento, como, por exemplo, renda reduzida ou incapacidade de preparar as refeições.

O ambiente de uma pessoa idosa é exemplo e apresenta alterações conforme a maneira como ela vê seu papel na sociedade. Os caminhos pelos quais cada indivíduo idoso reage a essa mudança de vida devem ser completamente entendidos, antes que uma orientação nutricional possa ser aceita.

Enquanto o adulto jovem é normalmente receptivo a mudanças no seu hábito alimentar, os mais idosos não admitem argumentações que impliquem alterações no seu ritmo de vida, inclusive aquelas de natureza alimentar. Por outro lado, ao aceitarem o fato de que a nutrição adequada é essencial para a manutenção ou recuperação da saúde, eles se tornam ávidos em aprender, visando a se manterem saudáveis e independentes, o que pode, portanto, assegurar-lhes mais qualidade de vida.

As mudanças obrigatórias nos hábitos alimentares, impostos pela presença de uma ou mais afecções concomitantes, que serão abordadas no decorrer deste capítulo, justificam plenamente as considerações feitas anteriormente e colocam para o profissional a importância de determinada conduta nutricional a ser adotada.

Cuidado Nutricional em Pacientes com Doenças Cardiovasculares

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica representa um dos problemas de saúde pública mais prevalentes em nosso meio.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O Brasil, com sua vasta população, coloca-se entre os países com maiores contingentes de hipertensos. Estima-se que cerca de 15 milhões de brasileiros sejam portadores de hipertensão arterial, sendo que em 90% deles a causa é desconhecida.

Há dificuldades em se definir os níveis normais de pressão arterial para indivíduos acima de 60 anos, o que tem levado a muitos estudos sobre a necessidade e a eficácia do tratamento da hipertensão arterial em idosos.

É preciso salientar que os valores considerados normais para a pressão arterial em idosos são em geral arbitrários e as pesquisas não demonstraram uma linha divisória nítida entre cifras pressóricas normais e as hipertensivas. Apesar disso, a Organização Mundial de Saúde, baseando-se em diversos estudos, estabeleceu que o idoso é considerado hipertenso quando apresenta pressão arterial sistólica igual ou superior a 160mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 95mmHg, embora vários estudos recentes tenham defendido níveis mais baixos que os citados.

Diversos estudos demonstram que entre os 40 e os 70 anos a pressão arterial sistólica aumenta em média 25 a 35mmHg e a diastólica, 5 a 10mmHg. Por outro lado, essa alteração está freqüentemente associada a outros fatores, entre os quais história familiar, sexo, raça, estilo de vida e aspectos nutricionais.

Acrescente-se que, apesar da afirmação de que elevações significativas na pressão arterial sistólica no idoso podem não ser prejudiciais, há hoje numerosas evidências de que a hipertensão arterial sistólica constitua uma das grandes causas de morbimortalidade, tanto em jovens como em idosos.

Do exposto, infere-se que o assunto é muito importante na vida diária e merece atenção especial da equipe interprofissional. Dessa forma, a experiência tem mostrado que, mesmo em doentes submetidos à terapêutica medicamentosa, deve ser indicada uma dieta equilibrada, com restrição da ingestão de sódio, com a finalidade de reduzir mais efetivamente a pressão arterial.

Objetivos da Dieta

Os objetivos da dieta são: fornecer uma alimentação adequada, permitindo menos trabalho e esforço muscular para o coração para prevenir ou eliminar edemas; reduzir a quantidade de medicação requerida e, com isso, diminuir a possibilidade de eventuais efeitos adversos decorrentes de o uso e/ou da interação entre drogas; erradicar ou, quando não for possível, minimizar os níveis de pressão elevados do paciente; controlar o peso, evitando a obesidade; e melhorar as condições de vida do paciente.

Recomendações

A restrição calórica é passo fundamental da terapêutica no caso de excesso de peso. O aporte calórico deve ser adequado para levar o paciente ao peso ideal, associado à prática de exercícios físicos se estes não forem contra-indicados. De uma forma preventiva, os pacientes não obesos devem manter seu peso normal.

A obesidade, por representar um fator a mais de risco cardiovascular, deve ser evitada ou suprimida. Assinala-se que a redução do peso em pacientes hipertensos obesos, mesmo sem restrições da ingestão de sal, pode, em muitos casos, reduzir a pressão arterial. Deve ser enfatizado, no entanto que restrições dietéticas acentuadas nos idosos podem ser prejudiciais, pois além de serem mal aceitas podem levar o paciente à desnutrição. Para tanto, a quantidade de calorias, assim como o conteúdo de macronutrientes na dieta, devem ser estabelecidas de acordo com as necessidades individuais, levando-se em consideração: peso ideal, altura atual, atividade etc.

O teor em proteínas na dieta não é limitado, a menos que haja comprometimento concomitante da função renal.

Estudos efetuados na área cardiológica têm enfatizado a importância dos alimentos com baixo teor de gordura e colesterol, pois seus níveis séricos elevados representam um importante fator de risco para doenças cardiovasculares.

A ingestão de fibras em quantidades normais, além de melhorar o funcionamento intestinal, propicia redução na absorção de glicose e de colesterol no aparelho digestório.

As bebidas alcoólicas ingeridas em grandes quantidades todos os dias podem ocasionar, depois de algum tempo, efeitos deletérios sobre o organismo. Isso porque podem prejudicar o funcionamento de órgãos como cérebro, coração, fígado, pâncreas etc. Ainda, várias pesquisas demonstram que o excesso de álcool pode estar associado à pressão elevada.

Recomenda-se, em vez das três refeições tradicionais (desjejum, almoço e jantar), cinco ou seis refei-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ções ao longo do dia (desjejum, colação, almoço, jantar e ceia). É importante evitar refeições volumosas, que podem causar distensão do estômago com elevação do diafragma, prejudicando as funções digestivas, cardíacas e respiratórias. Os alimentos facilmente fermetecíveis, como, por exemplo, repolho e pepino, podem levar ao mesmo resultado. Pode ser necessária, também, a restrição de outros alimentos que causem indisposição, de acordo com cada indivíduo, evitando assim restrições desnecessárias.

Deve-se ter presente que o paciente angustiado, sob estresse ou depressão, pode, nessas circunstâncias, não ter um suprimento sanguíneo adequado para o aparelho digestório, necessário para uma boa digestão.

Restrição de Sódio

O sódio apresenta uma função básica, demonstrada há muitos anos na etiologia e na manutenção da hipertensão.

No mundo moderno, o hábito de consumo de alimentos com excesso de sódio é cada vez maior. O aumento do sódio no organismo pode aumentar o fluido extracelular, aumentando o trabalho cardíaco e a perfusão tissular. Esses fatores acarretam aumento da resistência vascular periférica, elevando a pressão sanguínea para facilitar a função cardíaca.

A maior fonte de sódio é, sem duvida, o cloreto de sódio (sal de cozinha). O sal é muito usado no tempero dos alimentos. Os brasileiros consomem aproximadamente quatro colheres de café cheias de sal por dia, ou seja, aproximadamente 10 g/dia. Recomenda-se a todas as pessoas, inclusive aos indivíduos idosos, a redução do uso de sal. O grau de restrição irá depender da gravidade e do desenvolvimento da hipertensão.

Importância do Potássio, do Cálcio e do Magnésio

A quantidade de potássio ingerida também guarda relação com a hipertensão. Dietas ricas em potássio parecem exercer uma ação preventiva contra a hipertensão ou mesmo serem eficazes no tratamento dessa enfermidade. Há uma relação inversa entre os íons sódio e potássio A ingestão deste pode aumentar a excreção renal de sódio, o que pode resultar em um efeito anti-hipertensivo importante.

O aumento do consumo dietético de potássio pode ser feito com a ingestão de frutas e vegetais ricos nesse mineral (mamão, laranja, banana, ameixa, batata, cenoura, beterraba etc.).

O papel do cálcio na regulação dos níveis pressóricos é controverso. Algumas pesquisas epidemiológicas mostram que há relação entre hipertensão e baixo consumo de cálcio. Estudos clínicos mostram que o aumento de cálcio na dieta reduz a pressão arterial; entretanto, tais evidências ainda não foram confirmadas.

O cálcio é um elemento importante na contração muscular, inclusive na contração do músculo cardíaco. Dessa forma, um aporte adequado de cálcio é recomendado para o indivíduo idoso. Isso, no entanto, pode ser muito difícil nos casos de hipertensão acentuada, pois as boas fontes de cálcio (leite e derivados) também o são de sódio. Produtos isentos de sódio devem ser utilizados nesses casos.

Estudos recentes mostram que a suplementação oral de magnésio reduz a pressão arterial por diminuir o conteúdo intracelular de sódio/potássio — ATPase — e por reduzir, também, a atividade do sistema nervoso simpático. Vegetais verdes, legumes, nozes, carnes e cereais de trigo integral são boas fontes deste íon.

Alimentos Não Recomendados

Os alimentos constantes da Tabela 35.1 não são recomendados a portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Tabela 35.1 Alimentos Não Recomendados a Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica

• Embutidos: salsicha, lingüiça, salame etc.
• Frios: presunto, rosbife etc.
• Enlatados: extrato de tomate, sardinha, ervilha, palmito etc.
• Toucinho defumado, bacalhau, camarão seco, bacon, carnes com sal etc.
• Conserva: picles com sal, azeitona etc.
• Queijos (com exceção do queijo de minas sem sal e ricota)
• Pães, bolacha e outros subprodutos de cereais com sal
• Manteiga, margarina com sal e salgadinhos
• Caldo de carnes ou legumes concentrados (tabletes), temperos prontos com sal

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Dislipidemias

A dislipidemia é o distúrbio metabólico caracterizado por elevação de um ou mais lípides no sangue. É o resultado da alteração no transporte de lípides provenientes da síntese acelerada ou do retardo na degradação das lipoproteínas que transportam colesterol e triglicérides no plasma. Devido às pesquisas atuais, que demonstram relação entre a gordura dietética, os níveis séricos de lípides e a aterosclerose, está indicada a diminuição da proporção de gordura na dieta.

Estudos epidemiológicos evidenciam que o colesterol sérico parece ter um pico nos homens entre 50 e 60 anos e nas mulheres ente 60 e 69 anos. Os triglicérides séricos parecem elevar-se com a idade e, provavelmente, refletem a incapacidade da pessoa idosa de remover gordura do sangue.

Indivíduos idosos que têm aderido a uma dieta prudente por um longo tempo — com calorias que supram suas necessidades e com baixo teor de gordura — têm menor risco de morrer por problemas cardiovasculares, especialmente se não forem fumantes. Com efeito, vários estudos longitudinais prospectivos, controlados e randomizados, nos quais foram usadas amostras populacionais de indivíduos normais, porém com taxas elevadas de colesterol plasmático, demonstraram diminuição da incidência e prevalência dos sinais clínicos de aterosclerose por efeito de dieta e/ou drogas.

Embora todos esses estudos tenham revelado queda da colesterolemia paralelamente à redução significativa de manifestações clínicas e da mortalidade por doenças coronariana, será analisada neste capítulo apenas a pesquisa da administração dos veteranos de Los Angeles, por ser a coorte constituída por indivíduos mais idosos entre todas as investigações. Na pesquisa, 846 voluntários homens com média etária de 65,5 anos no início do estudo, sendo 422 do grupo controle e 424 do grupo dos que se submeteram à dieta pobre em colesterol e rica em óleos vegetais poliinsaturados (ou seja, com relação gorduras poliinsaturadas e saturadas igual a 2) foram analisados comparativamente. Ao término de 8,5 anos de estudo, quando a idade da coorte era de 74 anos, houve redução de 13% na ocorrência de eventos coronarianos entre os doentes tratados com dieta. Há, portanto, evidências suficientes que justifiquem o esforço de insistir em dietas que tenham baixo conteúdo de gorduras saturadas.

Influência de Fatores Dietéticos

Como foi exposto anteriormente, o tipo e a quantidade de gordura na dieta influem no nível de colesterol sérico. Embora as evidências epidemiológicas demonstrem que um baixo consumo de gordura está associado a níveis mais baixos de lípides séricos e menor incidência de cardiopatias, não há dúvidas de que o tipo de gordura numa dieta é também muito importante. Substituindo-se gorduras saturadas (gorduras animais ou vegetais hidrogenadas) por gorduras insaturadas (aquelas com múltiplas duplas ligações) nas dietas, as quantidades totais dos lípides do plasma são consistentemente reduzidas em uma maior porcentagem de casos.

Colesterol

O colesterol dietético não parece ter tanta influência no nível sérico do colesterol como o tem o consumo de gordura saturada ou insaturada. A redução de 100mg do colesterol dietético resulta em queda de apenas 5mg de seu nível sérico, quando se mantém inalterada a ingestão de gordura dietética. Entretanto, o colesterol dietético torna-se fator significativo na redução de seu nível sérico quando há, associadamente, diminuição da gordura poliinsaturada na dieta.

Um estudo realizado pela Americam Heart Association em 1984, posteriormente revisto por Grundy em 1987, definiu a importância do colesterol, da quantidade de calorias liberadas pelas gorduras e da relação de ácidos graxos saturados, monoinsaturados e poliinsaturados (sat:mono:poli) em portadores de hipercolesterolemia leve (abaixo de 250mg/100mL). Recomenda-se 30% de calorias como gordura, relação sat:mono:poli de 1:1:1 e menos de 300mg/dia de colesterol (fase I); se a resposta não for a desejada ou se o doente tiver outros fatores de risco associados, recomenda-se 25% de calorias como gordura, relação sat:mono:poli de 1:1:1 e menos de 200mg/dia de colesterol (fase II); pacientes com colesterolemia maior que 250mg/100mL ou que não responderam aos regimes anteriores devem ser orientados a ingerir dieta com 20% de calorias como gordura, relação sat:mono:poli de 1:1:1 e menos de 150mg/dia de colesterol (fase III).

Triglicérides

Grandes quantidades de carboidratos dietéticos podem causar aumento na quantidade de triglicéri-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

des séricos em alguns indivíduos. O fígado converte o excesso de carboidrato em triglicérides, o que pode exceder a capacidade de captação do tecido adiposo, resultando em aumento dos triglicérides em relação ao amido como indutor dessa hipertrigliceridemia.

Certas pessoas são mais sensíveis à carga de carboidratos, o que parece estar intimamente relacionado à intolerância à glicose, à presença de *diabetes mellitus* e, também, à obesidade.

Objetivos da Dieta

Oferecer uma alimentação que reduza a dislipidemia e tornar o paciente assintomático é o alvo que se deseja. Quando se consegue uma redução de 15% ou mais de colesterol sérico ou dos triglicérides, significa que a dieta produziu o efeito desejado e deve, portanto, ser mantida.

Recomendações

A ingestão calórica excessiva, qualquer que seja a fonte (gordura, carboidratos, proteínas ou álcool), ocasiona hiperlipidemia em certos indivíduos, especialmente a hipertrigliceridemia. O excesso de calorias, conseqüentemente, aumenta o suprimento de substrato para a síntese de triglicérides no fígado. Recomenda-se, portanto, reduzir a ingestão calórica. Em pacientes com excesso de peso, há geralmente uma hipercolesterolemia que envolve, portanto, uma alteração no consumo de lípides e carboidratos.

A dieta rica em fibras está associada a níveis mais baixos de colesterol, com o aumento do tempo de esvaziamento gástrico, promovendo uma redução da absorção de nutrientes, especialmente de glicose. Uma dieta concentrada em fibras (verduras, legumes, frutas etc.) proporciona bom funcionamento do hábito intestinal e contribui para diminuir as taxas dos lípides sangüíneos.

Os efeitos do álcool sobre os níveis de lípides são variáveis e se relacionam com a dose e a duração da ingestão. Sendo o álcool um importante fator de risco de cardiopatias, ele deve ser evitado.

Deve-se, além disso, optar por realizar pelo menos três ou quatro refeições diárias (desjejum, almoço, lanche e jantar), igualmente moderadas em volume. É importante, também, o tipo de alimento consumido pelo paciente. É necessário estabelecer a quantidade e a qualidade dos alimentos e a sua preparação para que haja efetiva redução do lípides plasmáticos e para que também, se necessário, haja contribuição para a redução de peso.

A atividade física deve ser praticada desde que não haja contra-indicação médica, contribuindo assim par ajustar o sistema controlador de peso do organismo.

Alimentos Não Recomendados a Portadores de Hipercolesterolemia

Os conhecimentos até hoje acumulados permitiam elaborar uma relação de alimentos que deverão ser proscritos da dieta de portadores de hipercolesterolemia (Tabela 35.2).

Deve-se ter em mente, entretanto, o desafio de vencer a natural resistência do doente, principalmente idoso, à mudança de hábitos dietéticos e a coexistência, não rara em idosos, de várias doenças e fatores de risco associados, cuja importância pode ser maior que o próprio controle da hipercolesterolemia. Assim, norma dietética rígida e muito restrita pode ser inaceitável, sendo mais sensata, por vezes, a redução da ingestão apenas de gorduras saturadas.

Tabela 35.2 Alimentos Não Recomendados a Pacientes com Hipercolesterolemia

• Gorduras das carnes, carnes gordurosas (porco), toucinho, banha etc.
• Miúdos e vísceras (fígado, rim, coração etc.)
• Embutidos e frios
• Leite integral, queijos gordurosos, manteiga, leite condensado, creme de leite, chantili
• Frutos do mar: camarão, ostra, lagosta etc.
• Sorvetes, chocolates e outros doces de confeitaria
• Frutas oleaginosas: coco, castanha, abacate, amendoim etc.
• Molhos gordurosos, maionese etc.
• Bebidas alcoólicas

Alimentos Não Recomendados a Portadores de Hipertrigliceridemia

São válidas, também para a hipertrigliceridemia, as preocupações quanto à obediência aos alimentos não recomendados (Tabela 35.3) e as ponderações a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

respeito da adoção de esquemas dietéticos rígidos, já referidos quando abordamos a hipercolestemia. Em relação aos triglicérides plasmáticos há, além disso, uma atenuante: a hipertrigliceridemia, quando não acompanhada de outros fatores de risco (obesidade, *diabetes mellitus,* hipercolesterolemia etc.), seguramente é menos importante que a elevação da taxa de colesterol, particularmente em idosos.

Tabela 35.3 Alimentos Não Recomendados a Portadores de Hipertrigliceridemia

- Açúcar, mel e doces (sorvetes, bolos, chocolate, torta etc.)
- Leguminosas: feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico etc.
- Embutidos e frios
- Leite integral, queijos gordurosos, manteiga, leite condensado, creme de leite, chantili
- Frutos do mar: camarão, ostra, lagosta etc.
- Frutas oleaginosas: coco, castanha, abacate, amendoim etc.
- Molhos gordurosos: maionese, etc.
- Miúdos e vísceras (fígado, coração, rim etc.)
- Bebidas alcoólicas

Observação: É importante controlar os seguintes alimentos ricos em carboidratos: arroz, macarrão, batata, inhame, cará, bolacha, pão, mandioca etc.

Alimentos Permitidos para Portadores de Hipercolesterolemia e/ou Hipertrigliceridemia

A relação dos alimentos permitidos a pacientes com esses distúrbios metabólicos encontra-se na Tabela 35.4. São esses os alimentos que mais se aproximam das recomendações referidas anteriormente quanto à quantidade de fibras, à relação entre gordura saturadas e gorduras insaturadas etc.

Cuidado Nutricional para Pacientes com Obstipação

A constipação ou obstipação, que é uma entidade clínica muito comum em indivíduos idosos, pode ser definida como redução na freqüência das evacuações, sensação de esvaziamento incompleto do reto após a defecação ou, ainda, eliminação de fezes duras e de pequeno volume.

Há muito tempo é reconhecida a importância das fibras na manutenção da motilidade intestinal. Esse fato é especialmente significativo quando se trata de idosos, pois, à semelhança de outros processos fisiológicos, o funcionamento intestinal nesse grupo etário também se apresenta diminuído, o que freqüentemente conduz a problemas de obstipação.

Tabela 35.4 Alimentos Permitidos, Respeitando-se as Necessidades Individuais, para Portadores de Hipercolesterolemia e/ou Hipertrigliceridemia

- Carnes magras em geral: vaca, frango, peixe
- Leite desnatado ou Tipo C, coalhada e iogurte desnatado
- Verduras, Legumes e frutas (com exceção das oleaginosas)
- Óleos vegetais em quantidades moderadas (não incluindo frituras)

Essa entidade, no entanto, ainda não tem sido muito bem investigada. Johnson e col. referem a falta de estudos sobre a incidência de constipação em mulheres idosas e citam pesquisas de Millard sobre o uso de laxantes por mais 90% das idosas inglesas, o que sugere consumo insuficiente de fibras.

Em pesquisa realizada por Marucci[8], foram estudadas as dietas de 20 instituições para idosos localizadas no município de São Paulo. O objetivo foi avaliar a qualidade nutricional e a adequação em relação à energia e a vários nutrientes, inclusive fibras. Os resultados obtidos na pesquisa mostraram que nenhuma das instituições apresentava dieta adequada em todos os itens analisados. Com relação às fibras, verificou-se que as dietas oferecidas apresentavam variedade e qualidade insatisfatória de frutas e hortaliças para atender às necessidades orgânicas de vitaminas, minerais e fibras alimentares.

Causas

O tratamento da obstipação em idosos deve ser precedido pela identificação da sua etiologia. As mais comuns são: hábito intestinal irregular, debilidade da parede abdominal, utilização de drogas constipantes e obstrução intestinal, entre outras.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Hábito Intestinal Irregular

O reflexo para defecação é promovido por estímulos fisiológicos. Quando o desejo de defecação é negligenciado ou ignorado ou quando a pessoa consome dieta com baixa quantidade de fibras, o peso, o volume e a água das fezes são diminuídos, podendo a resultante ser a obstipação. A negligência em relação ao desejo de defecação é provavelmente maior quando ela causa dor, devido à presença de hemorróidas, fístulas ou de outra afecção ano-retal, ou quando o paciente está demenciado.

Debilidade da Parede Abdominal

Com o envelhecimento, a parede abdominal torna-se mais fraca por diminuição da força muscular e por aproximação do gradeado costal às cristas ilíacas anteriores, o que dificulta a defecação de fezes endurecidas devido ao baixo consumo de fibras.

Drogas Obstipantes

Sabe-se que narcóticos, analgésicos, morfina, anticolinérgicos e outros medicamentos são constipantes. Essas drogas são utilizadas por pacientes idosos para tratamento de muitas afecções importantes, porém podem apresentar como efeito colateral a constipação.

Obstrução Intestinal

O repentino ou relativamente rápido desenvolvimento da obstipação pode ser causado por obstrução à passagem do conteúdo intestinal. A obstipação obstrutiva no idoso é com certa freqüência causada por câncer de cólon ou reto.

Outras causas

O estilo de vida, levando a hábitos precários de higiene, a falta de exercício, acarretando perda do tônus da musculatura intestinal, e o uso de catárticos por longo período podem acarretar obstipação intestinal. Além disso, a tensão nervosa, preocupações, o hipotiroidismo, a desidratação e certos medicamentos à base de ferro, alumínio ou cálcio também podem desencadear o sintoma.

Objetivo da Dieta

Além de estímulo à atividade física compatível com a condição do doente, há necessidade de um trabalho de reeducação intestinal. Assim, é importante o desenvolvimento de regularidade intestinal por meio de treinamento do intestino, estabelecimento de hábitos saudáveis, dieta adequada, com alimentos ricos em fibras, tempo de eliminação regular, repouso e relaxamento, e ingestão adequada de lipídios.

Recomendações

Recomenda-se ingestão de hortaliças, frutas e cereais, principalmente integrais. São necessários 100g diárias desses alimentos, o que equivale a um prato de sobremesa de verdura e um pires de legumes no almoço e no jantar, além de quatro frutas por dia. É fundamental a ingestão de 1,5 a 2L (oito a dez copos) de líquidos por dia, que podem ser água, leite, sucos, chás etc.

O farelo de trigo, se indicado, deve ser usado com moderação, pois quantidades excessivas podem irritar o trato gastrintestinal e também causar flatulência, incontinência fecal ou obstrução intestinal em pacientes idosos. A grande quantidade de fitina existente no farelo pode reduzir a absorção de cálcio, magnésio, ferro e zinco. Por esta razão deve se incluído, de preferência, após o seguimento de uma dieta rica em fibras, com a qual ainda não se tenha obtido resultados satisfatórios.

A celulose e os derivados da hemicelulose são agentes freqüentemente usados para aumentar o volume do bolo fecal, porém, quando administrado em grandes quantidades, determinam decréscimo na absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D e K) e de pró-vitamina A (caroteno).

Alimentos não Recomendados e Recomendados

As Tabelas 35.5 e 35.6 apresentam, respectivamente, as relações dos alimentos não recomendados e dos recomendados a portadores de obstipação intestinal. Tais relações obedecem, obviamente, às recomendações anteriormente referidas.

Cuidado Nutricional para Pacientes com Desnutrição Protéico-calórica

Uma doença carencial é normalmente definida como uma condição patológica causada por dieta deficiente em um ou mais nutrientes essenciais. Entretanto, nem sempre este é o caso. Na realidade,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

deficiência nutricional significa deficiência tecidual de um nutriente essencial e não necessariamente dieta inadequada.

As mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento interferem no apetite, no consumo e na absorção dos alimentos, tornando difícil a manutenção de um estado nutricional adequado. Os idosos desnutrem-se facilmente, sobretudo quando fatores psicossociais se apresentam. Acrescente-se a perda do poder aquisitivo, o isolamento familiar e social, que interferem como estímulos negativos na boa alimentação.

Estudos revelam que há grande freqüência de pacientes idosos hospitalizados submetidos a suporte nutricional. Tais estudos mostram também elevado risco nesse grupo etário quanto à necessidade de hospitalização e de cuidados nutricionais.

Deficiências múltiplas podem ser encontradas na maioria dos indivíduos idosos em condições diversas. Raramente se observa uma deficiência isolada na prática clínica.

Tabela 35.5 Alimentos Não Recomendados a Portadores de Obstipação Intestinal

- Maizena e seus subprodutos
- Cereais e seus subprodutos, quando em grandes quantidades
- Maçã, banana, goiaba e limão
- Preparações secas em grandes volumes

Tabela 35.6 Alimentos Recomendados a Portadores de Obstipação Intestinal

- Frutas cruas e com bagaço (laranja, tangerina, ameixa preta, mamão, melão)
- Verduras folhosas e legumes
- Leguminosas com casca (feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico), desde que não haja intolerância
- Leite, iogurte, coalhada
- Líquidos em quantidades adequadas
- Aveia e cereais integrais

Classificação

Existem vários estágios da doença carencial. Cada deficiência específica requer reconhecimento de sua patogênese, velocidade e severidade de desenvolvimento.

Na inadequação nutricional primária, o estado deficitário resulta do consumo inadequado de nutrientes, tanto na qualidade como na quantidade, ou de um desequilíbrio nutricional. Na forma secundária ou condicionada, a desnutrição é causada por outros fatores que não a ingestão alimentar deficitária, como a interferência na ingestão, na absorção e na utilização dos nutrientes devido a alguma doença. Assim, é exemplo o aumento nas demandas nutricionais que ocorre em condições como febre, hipertiroidismo, eliminação acelerada e má absorção que podem ocorrer nas diarréias como resultado de trânsito intestinal acelerado e resultar numa utilização deficitária de nutrientes.

O ritmo com que se instala o quadro pode ser classificado como agudo, subagudo e crônico, e a severidade como leve, moderada e grave.

Estabelecimento do Estado Nutricional

Indivíduos idosos podem viver vários anos num estado carencial leve, durante o qual não estão propriamente doentes, porém também não estão em seu estado mais efetivo e eficiente de nutrição. Esses são os casos que requerem mais atenção, pois podem facilitar a instalação de uma enfermidade, prolongar o tratamento e retardar a cura. A anamnese, o hábito alimentar, os exames físicos e laboratoriais são os instrumentos mais importantes dos médicos e nutricionistas para o diagnóstico do estado nutricional.

Objetivos da Dieta

Da análise dos fatores etipatogênicos mencionados derivam os seguintes pontos básicos para o tratamento da desnutrição: contribuir para eliminar os fatores etiológicos que dão origem à desnutrição e permitir que o organismo repare os danos já causados durante as diversas etapas patogênicas.

Recomendações

Uma dieta balanceada, adequada para todos os elementos nutricionais, como proteínas de alto valor

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

biológico, deverá ser oferecida para corrigir as necessidades e o peso do paciente idoso.

A eliminação por via oral é a preferencial para a administração de nutrientes. Muitos alimentos ricos em calorias e em proteínas hidrolisadas podem ser adicionados aos pudins, mingaus, vitaminas, sopas etc. Entretanto, há doentes que apresentam grandes perdas ponderais e anorexia, para os quais é indicada uma suplementação alimentar.

Pode-se utilizar, como vias alternativas de alimentações, sondas nasogástricas e enterais. Esse tipo de via alimentar é eficaz e exige pouco trabalho do paciente.

Muitos estudos têm demonstrado que a nutrição parenteral tem sido um fator primordial na recuperação e na sobrevivência dos pacientes, ocupando lugar de destaque como terapêutica de restauração da massa corporal. Antes de ser administrada a nutrição parenteral, deve-se avaliar as condições do paciente para que receba de fato a alimentação por meio do melhor acesso, sem traumas.

Ao iniciar-se a dieta, deve-se fazê-lo com volumes reduzidos, dividindo-a em sete ou oito refeições diárias (desjejum, colação, almoço, lanche, merenda, jantar e ceia) a intervalos de três horas a fim de se evitar hipoglicemia por jejum prolongado. Os volumes vão sendo aumentados progressivamente, aproximadamente a cada dois dias, de acordo com o comportamento do paciente. A introdução dos alimentos varia de acordo com a disposição geral do doente.

Quando se reabilita um paciente desnutrido é importante que todos os nutrientes sejam oferecidos. Assim, por exemplo, a reposição protéica sem oferta de vitamina A pode resultar numa carência deste nutriente, já que a proteína carreadora da vitamina depleta as pequenas reservas deste elemento.

Magnésio e potássio podem ser associados ao mesmo tempo. A depleção desses eletrólitos freqüentemente acompanha a deficiência protéica e pode ser responsável por alguns sintomas neurológicos da doença, sendo seu balanço tão importante quanto o consumo calórico-protéico.

A análise individual de cada paciente é um fator de muita importância no sucesso diagnóstico e no tratamento da desnutrição do paciente idoso.

Cuidados Nutricionais para Pacientes com *Diabetes Mellitus*

O *diabetes* surge em qualquer idade, porém ocorre aumento da sua prevalência na população idosa, particularmente na sua forma não insulino-dependente (tipo II).

No Brasil, existem aproximadamente cinco milhões de diabéticos, sendo 5 a 10% acometidos pelo *diabetes* tipo I e 90% pelo tipo II. Segundo Marcondes e Thomsen, nos Estados Unidos, 6,9% dos homens e 8,9% das mulheres acima dos 65 anos são portadoras de *diabetes*. Acima de 80 anos, 16% a 20% apresentam a doença.

Da mesma maneira que o *diabetes*, a intolerância à glicose aumenta com o avanço da idade: 3% de pessoas nas faixas etárias de 18 a 24 anos, 6% entre 25 e 34 anos, 16% entre 45 e 54 anos, 36% entre 65 e 74 anos e 42% acima dos 75 anos.

Em estudo realizado em Framingham ficou demonstrado que a prevalência do *diabetes* aumenta não apenas com a idade. A maior freqüência da doença no idoso se deve, provavelmente, a vários fatores, tais como a obesidade associada, o aumento da sobrevida da população idosa e o próprio processo de envelhecimento natural.

A dieta do paciente diabético é fundamental para manter a nutrição adequada e para controlar os níveis glicêmicos dentro de limites convenientes. Sua importância é facilmente compreensível se lembramos que, no *diabetes*, pelo menos na sua forma insulino-dependente (tipo I), falta a insulina, o hormônio que promove a assimilação dos nutrientes.

Dependendo do grau de deficiência da insulina, a alimentação deverá forçosamente se adequar à disponibilidade do hormônio. Portanto, é necessário observar rigorosamente a quantidade e a qualidade dos alimentos fornecidos, compatibilizando-as com seus recursos hormonais.

Objetivos da Dieta

Ao elaborar o regime dietético para um diabético, o profissional (nutricionista) deverá ter presente alguns fatores: dificuldade do idoso de se adaptar às mudanças de hábitos alimentares, situação financeira do paciente e associação freqüente de outras doenças, o que eventualmente pode exigir outras restrições dietéticas, tornando difícil a aceitação de dietas muito restritas. De qualquer forma, os objetivos do regime dietético para o tratamento do diabético deverão ser: promover calorias suficientes para atingir e/ou manter o peso ideal de acordo com a atividade física; prevenir a hiperglicemia e suprir flutuações glicêmi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cas; reduzir riscos associados com a aterosclerose; prevenir e/ou retardar o desenvolvimento e a progressão de outras complicações associadas com o *diabetes* mediante o controle metabólico.

Recomendações

O controle efetivo da glicemia depende de a energia não ultrapassar as necessidades. Nos casos de obesidade associada ao *diabetes*, deve-se encorajar a redução de peso. A diminuição do peso corporal, que deve ser lenta e gradual, propicia um melhor controle da glicemia e, em alguns casos, a supressão do uso de medicamentos hipoglicemiantes.

O total de calorias de uma dieta deve se basear no sexo, no peso, na altura e na atividade física. Com base nesses dados e no inquérito alimentar levantado, o profissional nutricional poderá realizar a orientação dietética apropriada.

A distribuição dos macronutrientes, segundo a Associação Americana de Diabetes, é a seguinte: 50% a 60% das calorias deverão ser obtidas dos carboidratos, 20% a 30% dos lípides e 10% a 20% das proteínas. Metade ou mais da energia contida na dieta deve ser obtida a partir de alimentos fontes de carboidratos complexos de absorção lenta e ricos em fibras.

De acordo com estudos clínicos, recomenda-se a utilização de fibras solúveis (pectina, lignina) presentes na aveia, na maçã e nas leguminosas, por permitirem absorção mais lenta dos carboidratos e pela menor concentração sanguínea.

A ingestão de gorduras deve ser de 20% a 30% do total de energia ingerida. Isso deve ser obtido principalmente pela redução da gordura saturada contida na dieta, isto é, pela limitação da ingestão de carnes gordas, gordura vegetal hidrogenada, banha de porco, óleo de coco, óleo de palma etc. Em substituição, permite-se a utilização da gordura poliinsaturada e monoinsaturada existente nos óleos vegetais (canola, girassol, milho, soja, azeite).

A ingestão de colesterol deverá ser controlada até o máximo de 300mg diários devido ao fato de o colesterol ser um importante fator etiológico para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

As necessidades de proteínas são semelhantes às do indivíduo não diabético, entretanto, as fontes protéicas de origem animal (carnes, leite, ovos) contêm apreciável quantidade de gordura, devendo ser preconizado um consumo moderado.

O horário das refeições é importante para prevenir a hipoglicemia, principalmente quando há uso de insulina. Reações hipoglicêmicas ocorrerão se os alimentos não forem consumidos de modo a cobrir o pico de ação da insulina. Por outro lado, a glicose sanguínea se tornará inaceitavelmente alta se os alimentos forem ingeridos em períodos em que a insulina for insuficiente.

As refeições deverão ser distribuídas no decorrer do dia em um total de cinco a seis, ou seja, desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia.

O álcool na alimentação deve ser evitado com o propósito de evitar crises de hipoglicemia.

Os adoçantes de mesa poderão ser utilizados sem restrição. No caso dos alimentos dietéticos (geléias, gelatinas, pudins, refrigerantes etc.), é necessário alertar o doente para o consumo moderado, levando-se em conta que o valor calórico desses alimentos deverá compor o valor calórico total estimado para cada indivíduo.

O exercício físico deve ser praticado de maneira constante, moderada e regular, sendo incorporado ao estilo de vida do paciente. A atividade física é capaz de reduzir o nível plasmático de glicose, diminuir a necessidade de insulina — porque eleva a sensibilidade do tecido gorduroso a este hormônio —, aumentar a absorção de insulina pelos músculos e aumentar o gasto calórico — o que possibilita ao diabético a perda de peso, a melhora e a afinidade dos receptores a este hormônio.

Alimentos Não Recomendados e os que Podem Ser Consumidos com Moderação

Atendendo às recomendações referidas, as Tabelas 35.7 e 35.8, respectivamente, mostram a relação dos alimentos não recomendados e os que poderão ser consumidos com moderação por pacientes com *diabetes mellitus*.

Cuidados Nutricionais para Pacientes com Obesidade

A obesidade é uma síndrome, isto é, obedece a várias causas, havendo indubitavelmente aqueles que comem exageradamente, mas existindo também os que, mesmo alimentando-se moderadamente, não conseguem diminuir seu tecido adiposo em virtude da queima calórica deficiente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 35.7 Alimentos Não Recomendados a Portadores de *Diabetes Mellitus*

- Açúcar refinado, mascavo invertido, mel, dextrosol, caldo de cana, doces em geral, refrigerantes, inclusive água tônica
- Chantili, creme de leite, leite condensado
- Bebidas alcoólicas

Tabela 35.8 Alimentos que Poderão ser Consumidos com Moderação por Portadores de *Diabetes Mellitus*

- Grupo de cereais: arroz, macarrão, tubérculos, farináceos
- Leguminosas: feijão, lentilha, grão-de-bico, ervilha, soja
- Gorduras: óleo, margarina, manteiga
- Legumes: cenoura, beterraba, abóbora etc.
- Frutas

É importante enfatizar que a necessidade de redução de peso não está associada a um problema estético, mas sobretudo às evidências que relacionam a obesidade como fator de risco para certas doenças como *diabetes,* cardiopatias, afecções articulares e câncer.

Em um estudo nacional, realizado por Nascimento e col.[9] no Serviço de Geriatria e Crônicos do Hospital do Servidor Público Estadual, foi observado que, dos indivíduos pesquisados, 50,9% eram obesos.

O tratamento dietoterápico do indivíduo obeso consiste na redução do peso através da diminuição da ingestão calórica, o que requer critério e acompanhamento de profissionais específicos. O cálculo da dieta deve ser individualizado, uma vez que as necessidades energéticas de cada organismo variam segundo alguns fatores como idade, altura, sexo e atividade física.

A alimentação deverá atender a princípios quantitativos e qualitativos para não possibilitar manifestações de episódios carenciais.

Objetivo da Dieta

Os objetivos gerais da dieta são: reduzir e/ou manter o peso; promover mudanças de hábitos alimentares; ser compatível com as condições socioeconômicas do doente; prevenir e/ou retardar o desenvolvimento e a progressão de outras complicações associadas com a obesidade.

Recomendações

O fracionamento das refeições é indicado na tentativa de reduzir ao máximo a sensação de fome nos intervalos. É indicada a adoção de pequenas refeições em períodos menores, de três a quatro horas.

O uso de adoçantes em substituição ao açúcar deve ser encorajado. Quanto aos alimentos dietéticos, os mesmos poderão ser consumidos, porém com moderação, dentro do valor calórico total da dieta preconizada.

Não se recomenda, ou melhor, deve ser coibido o consumo de álcool, devido ao fato de as bebidas alcoólicas fornecerem um valor calórico elevado. Por exemplo, 1g de carboidrato e de proteínas forma 4kcal; 1g de gordura (lípides), 9kcal; ao passo que 1g de etanol forma 7kcal.

Deve-se restringir o consumo de alimentos gordurosos, principalmente as gorduras saturadas, devido a seu elevado valor calórico e por aumentarem a incidência de doenças cardiovasculares.

A relação de alimentos não recomendado a pessoas portadoras de obesidade encontra-se na Tabela 35.9.

Tabela 35.9 Alimentos Não Recomendados a Portadores de Obesidade

- Açúcar refinado, mascavo invertido, dextrosol, mel, caldo de cana, doces em geral, refrigerantes
- Bebidas alcoólicas
- Chantili, creme de leite, leite condensado
- Alimentos gordurosos: banha de porco, carne de porco, toucinho, carnes gordas

Cuidados Nutricionais para Pacientes com Osteoporose

A osteoporose é caracterizada pela perda global de massa óssea, incluindo tanto minerais como proteínas da matriz colagenosa. Embora a composição do osso remanescente seja normal, são freqüentes as fraturas causadas por traumas mínimos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Aproximadamente 20% das mulheres, nos Estados Unidos, sofrem uma ou mais fraturas osteoporóticas até a idade de 65 anos. Tal percentual atinge 40% em mulheres com idade superior a esta.

Os fatores de risco mais importantes são: raça, estrutura corporal grácil, baixa ingestão de cálcio, história familiar de osteoporose, menopausa precoce, tabagismo e ingestão excessiva de café e álcool.

O metabolismo do cálcio sofre importantes mudanças no processo de envelhecimento, especialmente no período de menopausa, quando vários fatores precipitam o seu balanço negativo e a aceleração da perda da massa óssea. A ingestão e a absorção de cálcio dietético caem com a idade, provavelmente por diminuição dos níveis de vitamina D que, por sua vez, pode ser decorrente da redução da exposição à luz solar. A exposição à luz solar é fundamental para a ação da vitamina D, ao promover a absorção intestinal de cálcio.

A redução da atividade física também leva a uma redução da massa óssea, podendo a perda de cálcio atingir 200 a 300mg/dia nos idosos em repouso absoluto no leito.

A ingestão elevada de proteínas causa aumento de calciúria, sem alterar sua absorção ou excreção pelas fezes.

No decorrer da menopausa, associado à diminuição dos níveis de estrógeno, ocorre balanço negativo de cálcio.

Alguns estudos demonstram que, embora a redução da absorção intestinal de cálcio seja maior em indivíduos com fraturas osteoporóticas do que em pessoas da mesma idade sem osteoporose, a suplementação de cálcio propicia diminuição da perda óssea relacionada à idade. Deverá ser instituída para todos os idosos, especialmente para aqueles que consomem poucos derivados do leite.

Recomendações

Com o intuito de melhorar o balanço de cálcio e, conseqüentemente, reduzir a incidência de fraturas, recomenda-se aumentar as quotas de cálcio da RDA de 800 para 1.500mg/dia em mulheres após a menopausa e em homens com mais de 60 anos.

Vários estudos sobre o balanço de cálcio demonstraram que a excreção fecal deste elemento eleva-se a partir da ingestão diária de 2.300mg.

As considerações de ordem nutricional que podem ser feitas ficam em torno da adequação da ingestão de minerais benéficos, com objetivo de se atingir uma massa óssea máxima entre as idades de 25 a 30 anos, especificadamente no caso da mulher, como medida preventiva.

A atividade física, exercida com freqüência e continuidade, é importante em um programa terapêutico por promover resultados positivos no esqueleto ósseo. A dieta, portanto, deverá ser adequada desde as idades mais tenras, quando a formação de hábitos alimentares é mais fácil, devendo ser mantida para evitar perdas precoces de massa óssea.

Como se vê, a dieta, cujos os componentes recomendados encontram-se na Tabela 35.10, é um dos fatores importantes na prevenção e no tratamento da doença osteoporótica.

Tabela 35.10 Alimentos Recomendados para Portadores de Osteoporose

• Leite integral, leite desnatado etc
• Iogurte natural, iogurte desnatado etc
• Queijos (minas fresco ou curado, mussarela, prato suíço, parmesão etc.) e ricota
• Sardinha e peixes com espinhas preparados ensopados
• Brócolis cozidos, folha de beterraba

Cuidados Nutricionais para Pacientes com Diarréia

A diarréia é um sintoma comum a vários afecções nas quais ocorre aumento do peristaltismo do trato gastrintestinal. Como conseqüência, há redução da reabsorção de água podendo levar o idoso a um quadro de desidratação.

Os sintomas relatados são definidos como aumento na freqüência de defecação, liquidez das fezes e urgência em defecar. A diarréia pode ser classificada pela duração em aguda e crônica.

A diarréia aguda ou de instalação recente, muitas vezes se agrava em desidratação severa. Em pacientes idosos hospitalizados por motivo de uma diarréia aguda, segundo Pentland[12], as causa são infecção (14%), impactação fecal (16%), uso de medicamentos (11%), abuso de laxantes (16%) e outras (15%).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A diarréia crônica, definida como uma diarréia que dura por mais de duas a três semanas, é causada por uma variedade de processos inflamatórios, infecciosos ou de má absorção, de origem iatrogênica ou auto-induzida.

A identificação da causa e do tipo de diarréia para o estabelecimento da conduta nutricional é de suma importância.

Objetivo da Dieta

Os objetivos da dieta são: prevenir ou aliviar a desidratação, os desequilíbrios eletrolíticos, a anemia, a perda de peso e a hipoglicemia; alterar a consistência e o volume das fezes (até 200g de fezes por dia é um volume normal) e restaurar a motilidade intestinal.

Recomendações

No início da diarréia acentuada (fase aguda), um jejum de 12 a 24 horas é freqüentemente prescrito. A natureza e a gravidade da diarréia determinam a duração do repouso intestinal.

A terapia de reidratação oral deve ser utilizada com o objetivo de repor os eletrólitos, principalmente potássio e sódio, perdidos durante o período da enfermidade. A lactose deve ser temporariamente evitada, utilizando-se também alimentos com pouco conteúdo de fibras insolúveis.

Deve-se começar o tratamento com alimentos líquidos, caldos, chás. À medida que as fezes passem a se formar e que aumente a tolerância deve-se introduzir gradualmente outros tipos de alimentos até se chegar à alimentação normal.

É importante verificar a localização da sonda nos pacientes que estiverem utilizando alimentação via enteral, assim como a composição da dieta enteral e outras características inerentes que possam desencadear alterações na velocidade do peristaltismo intestinal.

Os alimentos que contêm fibra solúvel podem ser utilizados assim que se estabelecer uma melhor tolerância, pois adicionam pectina.

Se a diarréia tornar-se crônica, poderá haver um grande número de deficiências nutricionais. A redução da absorção, resultante de mudanças anatômicas anormais ou de alterações da mucosa do intestino delgado, é uma característica comum na maioria das complicações nutricionais da diarréia. Pode provocar grande perda de eletrólitos, vitaminas, minerais e proteínas, que terão de ser repostas.

O potássio é, provavelmente, o mais importante eletrólito perdido, refletindo uma depleção tecidual sem alterações específicas nos níveis plasmáticos circulantes. A perda de potássio altera a motilidade intestinal, aumenta a anorexia e pode iniciar um ciclo de problemas intestinais.

A perda de ferro por sangramento do trato gastrintestinal pode ser grave o bastante para causar anemia. A proteína é insuficientemente digerida e absorvida. Se a antibioticoterapia for usada, a síntese de algumas vitaminas do complexo B poderá ser inibida. Deficiências de ácido fólico, vitamina B_{12} e niacina também têm sido descritas.

Bibliografia

1. Amâncio A, Cavalcanti PCU. Clínica geriátrica. São Paulo: Atheneu; 1975.
2. Augusto ALP, Alves DC, Mannarino IC et al. Terapia nutricional. São Paulo: Atheneu; 1993.
3. Carvalho Filho ET, Papaléo Neto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994.
4. Escott-Stiemp, S. Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. 4 ed. São Paulo: Manole; 1999.
5. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade). O idoso na Grande São Paulo. 1990.
6. Guyton AC. Tratado de Fisiologia Médica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
7. Mahan LK, Arlin MT. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 8 ed. São Paulo: Roca; 1998.
8. Marucci MFN. Aspectos nutricionais e hábitos alimentares de idosos matriculados em ambulatório geriátrico. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo; 1992.
9. Nascimento ML, Prates A, Liberman S et al. Avaliação nutricional em indivíduos de meia idade e idosos jovens. IX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Resumo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1991.
10. National Research Council. Committe on Diet and Health. Die and health: implications for reducing chronic disease risk. Washington, D.C.: National Academy Press; 1989.
11. Naton AB, Heslin JA. Nutritional care of the older adult. Nova York: MacMillan; 1986.
12. Pentland B, Pennington CR. Acute diarrhea in the elderly. Age Aging; 1980; 9: 90.
13. Robbins Sl, Amgell M, Tumas V. Patologia básica. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 1986.
14. Roe DA. Geriatric nutrition. 2 ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1987.
15. Thomaz B. The Elderly. In: Thomaz B (ed.). Manual of dietetic practice. Oxford, Londres: Blackwell Scientific Publications; 1983. p. 283.
16. Williams SR. Nutrition and diet therapy. 5 ed. Times mirror. St. Louis: Mosby College Publishing; 1985.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

36 Interação Droga-Nutriente em Idosos

Maria de Fátima Nunes Marucci
Maura Marcia Boccato Corá Gomes

Introdução

O processo de envelhecimento normalmente é acompanhado por uma série de alterações orgânicas, fisiológicas, mentais, sociais e psicológicas. Além disso, é freqüente a presença de várias doenças simultâneas que requerem tratamento específico, especialmente por caracterizarem-se como afecções freqüentemente não-transmissíveis, também conhecidas como crônico-degenerativas.

As doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de internação no estado de São Paulo, em 1980, de pacientes egressos com 60 anos ou mais, e outras doenças do aparelho respiratório foram a segunda causa. Seguem-se doenças do aparelho digestório aparecem em terceiro lugar, as neoplasias em quarto, sinais, sintomas e afecções maldefinidos em quinto e doenças do aparelho urinário vêm em sexto.

Dados do Centro de Informações sobre Saúde (1987), acerca das principais causas de internação da população com 50 anos ou mais, na rede previdenciária na Grande São Paulo, mostram que, como em 1980, no estado de São Paulo, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de internação e as doenças do aparelho respiratório ocuparam o terceiro lugar.

Estudo realizado por Marucci[21], em idosos ambulatoriais (60 anos ou mais, e média de idade de 74 anos) mostrou que o grupo em questão apresentava, em média, 2,3 diagnósticos clínicos por pessoa e que as doenças mais prevalentes eram hipertensão arterial sistêmica (49%), osteoartrite (32%), doenças endócrinas e metabólicas (26,9%), destacando-se, entre estas, *diabetes mellitus* (15,6%). Ainda devem ser consideradas as doenças do aparelho digestório (19,5%), as cardiovasculares (16%), além de sinais, sintomas e afecções mal-definidos (10,4%).

Estudos realizados por outros autores demonstram que, à medida que a idade avança, também aumenta o número de enfermidades por idoso. Fabbri e col.[7,8] constataram três diagnósticos clínicos por paciente em um grupo de 60 a 101 anos, e média de 76,8 anos de idade. Hiramatsu e col.[14] verificaram 3,3 diagnósticos em indivíduos com 80 anos ou mais, e Fabbri e Gorzoni[7,8], avaliando idosos com 90 anos ou mais, encontraram 3,9 diagnósticos por pessoa.

Considerando o elevado número de diagnósticos por idoso e também a característica dessas doenças; (crônico-degenerativas), constata-se alto consumo de medicamentos, utilizados especialmente para controle daquelas enfermidades.

Woo e col.[30], ao estudarem idosos institucionalizados, verificaram que mais de 50% deles utilizavam de um a mais de quatro medicamentos. Hiramatsu e col.[13], em entrevista com 600 idosos, observaram que, no período de seis meses antes da entrevista, eles con-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sumiam em média 4,4 medicamentos e, no momento da entrevista, 2,8 medicamentos.

As estatísticas americanas mostram que o grupo etário de 65 anos ou mais representa aproximadamente 11% da população total e consome 25% dos medicamentos prescritos em todo o país. Cerca de 70% dos idosos americanos utilizam medicamentos, enquanto somente 10% de jovens o fazem. Os idosos consomem, em média, 4,5 medicamentos quando residem em suas próprias casas, e 5,2, quando estão institucionalizados.

Há que se salientar que, além das drogas prescritas, grande parte dos idosos também pratica a automedicação, aumentando assim a quantidade de medicamentos consumidos.

Em função desses aspectos, o risco de efeitos adversos sobre o estado nutricional de idosos é mais alto do que nos jovens, e aumenta à medida que o número de medicamentos se eleva. Estudo realizado em indivíduos institucionalizados revelou que aqueles que consumiam mais do que dois medicamentos apresentavam quatro vezes mais efeitos adversos do que aqueles que utilizavam um ou dois medicamentos.

A presença de grande número de doenças em idosos, exigindo a utilização de quantidade considerável de medicamentos, é um fato que interfere na sua saúde e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

O estudo de Curiati e col.[3] mostrou que o número de diagnósticos, bem como o de medicamentos, foram fatores que contribuíram para que um grupo de idosos tivesse pior desempenho do que outro, quando da aplicação de um teste de avaliação mental. Assim, no primeiro grupo, 44,6% apresentaram quatro ou mais diagnósticos, e 47,7% utilizavam mais de três medicações, enquanto no segundo grupo, que apresentou melhor desempenho, esses valores diminuíram para 34,6% e 35,7%, respectivamente.

Definição de Interação Droga-Nutriente

A interação droga-nutriente é definida como um evento ou efeito que acontece como resultado de relações físicas, químicas, fisiológicas ou fisiopatológicas entre drogas e nutrientes. Ela pode decorrer do efeito de drogas sobre os alimentos e, conseqüentemente, sobre o estado nutricional, ou do efeito de nutrientes ou de alimentos sobre a ação de drogas.

Fatores que Contribuem para a Interação Medicamentosa em Idosos

Vários fatores contribuem para a interação medicamentosa em idosos.

Fatores Primários

São aqueles dependentes do processo normal de envelhecimento. Incluem-se aqui as alterações fisiológicas, bioquímicas e nutricionais dos idosos, as quais alteram a ação farmacológica, farmacocinética ou farmacodinâmica dos medicamentos. A esse respeito é importante assinalar que mecanismos fisiológicos como, por exemplo, a absorção de drogas, podem interferir com variáveis farmacocinéticas, como meia-vida, volume de distribuição, depuração, biodisponibilidade e estado estável dos níveis sangüíneos dos medicamentos.

Com o aumento da idade, há alteração da sensibilidade dos órgãos ou tecidos, que seria responsável pela maior ou menor resposta farmacodinâmica observada em idosos quando comparada com a de jovens. Há, além disso, maior suscetibilidade à iatrogenia.

Fatores Secundários

São aqueles relacionados a causas patológicas, ou seja, a presença de várias enfermidades concomitantemente e o uso de múltiplas drogas. Com efeito, os idosos apresentam, freqüentemente, além das alterações observadas com o envelhecimento, processos crônicos e afecções agudas associadas. Por esse motivo, não surpreende que, quanto mais avançada a idade, maior o consumo de medicamentos. A terapêutica plurimedicamentosa decorrente desse fato aumenta os problemas relacionados à sua administração e à probabilidade de interações entre drogas com conseqüências, não raramente, adversas.

Fatores Terciários

São aqueles relacionados a aspectos sociais e comportamentais.

O envelhecimento é uma fase da vida em que ocorrem perdas de diversas naturezas. Assim, a perda do emprego, provocada pela aposentadoria, em geral acarreta diminuição de renda, com conseqüente queda no padrão de vida e afastamento das atividades

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

decorrentes da fase da vida considerada produtiva e ativa. Dessa forma, o convívio social com colegas de trabalho diminui ou praticamente inexiste e também a possibilidade de participar de grupos ou atividades sociais e de lazer está bastante prejudicada. Pois é no ambiente de trabalho que, de modo geral, os indivíduos estabelecem seus principais vínculos como participantes de um grupo e onde, além de terem espaço para manifestação de idéias e sentimentos, desempenham determinado papel dentro de uma organização ou hierarquia da qual fazem parte. De uma hora para outra, toda essa função e experiência estruturada durante anos, é simplesmente "atirada no baú da inatividade".

Esses fatos, muitas vezes, conduzem a uma situação de isolamento e solidão. Esta, por sua vez, pode ser acompanhada por depressão, às vezes agravada pela perda de familiares, especialmente do cônjuge, e pelo consumo de bebidas alcoólicas.

Ainda o aspecto de idosos residirem sozinhos ou em instituição geriátrica, sem supervisão médica, pode comprometer a administração correta e adequada dos medicamentos.

Efeitos de Drogas sobre Alimentos e/ou Nutrientes

Os efeitos de drogas sobre alimentos e/ou nutrientes podem ocorrer ao nível de ingestão, absorção, metabolismo e excreção.

Alteração na Ingestão de Alimentos/ Nutrientes

Alteração do Apetite

Algumas drogas podem atuar sobre o apetite, diminuindo-o, porque provocam anorexia (falta de apetite), intolerância gástrica, náuseas ou vômitos.

A bebida alcoólica é reconhecida, nos Estados Unidos, como a droga mais freqüentemente utilizada, e a incidência do seu abuso por indivíduos com 60 anos ou mais é estimada entre 2% e 10%. Pelo fato de fornecer 7kcal/g, o álcool reduz o apetite e acaba substituindo parte da alimentação que, dessa forma, fica deficiente e insuficiente em alimentos e nutrientes importantes para o organismo.

Como há alta prevalência de doenças cardíacas que, durante a evolução, podem desencadear sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, muitos idosos consomem digoxina, medicamento utilizado para controlar essas manifestações, mas que também pode provocar náuseas, vômitos, perda de apetite e, conseqüentemente, perda de peso.

Dentre as doenças crônico-degenerativas presentes nesse segmento populacional encontram-se as neoplasias, cujo tratamento, quimioterápico ou radioterápico, pode causar anorexia, náuseas e vômitos.

Também, outros medicamentos, como levodopa, para controle da doença de Parkinson, e benzodiazepínicos (ansiolíticos ou tranqüilizantes), para indivíduos com problemas de saúde mental, podem diminuir o apetite, por provocarem anorexia, náuseas ou vômitos.

Os pacientes parkinsonianos normalmente apresentam perda de peso, levando à desnutrição, e esta aumenta a morbidade e a mortalidade. Essa perda de peso pode ser causada pela anorexia, mas também por um aumento na taxa metabólica ou, ainda, por um metabolismo muscular alterado.

Outros medicamentos podem acarretar aumento do apetite, com conseqüente ganho de peso. Assim, drogas psicoterápicas como carbonato de lítio e clorpromazina, utilizados por indivíduos com problemas mentais ou neurológicos, e antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina) são exemplos de medicamentos que aumentam o apetite.

Alteração do Paladar

Certos medicamentos podem provocar alteração do paladar, o que acarreta dificuldade na ingestão de alimentos. As modificações do paladar são a disgeusia, a hipogeusia e a hipergeusia.

Disgeusia é a anormalidade do paladar que pode ser causada por agentes quimioterápicos e radioterápicos, e também por carbonato de lítio.

Hipogeusia é uma diminuição da acuidade do paladar, podendo ser causada por ácido acetilsalicílico ou por anestésicos como lidocaína (que diminui a sensibilidade para o doce e o salgado) e cocaína (que diminui a sensibilidade para o doce e o amargo).

Hipergeusia é um aumento da acuidade do paladar e pode ser provocada por anestésico tipo benzocaína, que aumenta a sensibilidade para o azedo.

Xerostomia

É a diminuição da secreção salivar, tornando a boca seca e dificultando a mastigação e a deglutição dos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

alimentos. Além da redução da produção de saliva, tem sido descrita alteração qualitativa de sua composição, como a diminuição da secreção de ptialina, mucina e, possivelmente, amilase. O processo de envelhecimento, portanto, favorece a xerostomia, que pode ser intensificada com agentes radioterápicos. Também indivíduos com doença de Parkinson se queixam de secura na boca devido aos medicamentos utilizados para o controle dessa enfermidade, particularmente as drogas anticolinérgicas.

Dada a elevada prevalência, em idosos, de depressão nas suas diversas formas, assumem particular importância no aparecimento ou na piora da xerostomia as drogas antidepressivas. Esses medicamentos, sejam os de cadeia atípica, os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), sejam, principalmente, os tricíclicos, exercem esse efeito colateral através de sua ação anticolinérgica periférica.

A Tabela 36.1 apresenta os efeitos de alguns medicamentos sobre a ingestão de alimentos.

Alteração na Absorção e no Metabolismo de Nutrientes

Substâncias Laxativas ou Agentes Catárticos

A constipação intestinal, também conhecida como prisão de ventre, é um dos múltiplos problemas apresentados pelos idosos, e os agentes laxantes são os mais comumente utilizados sob a forma de automedicação. Cerca de 50% da população idosa (mais de 60 anos) americana consome doses regulares ou esporádicas de laxativos, cujo uso aumenta com a idade. No Brasil, embora não existam estudos semelhantes, tem-se a impressão de que os dados são similares às estatísticas americanas.

Óleo mineral e outros agentes catárticos (por exemplo, medicamentos à base de ágar-ágar e fenolftaleína, e o bisacodil) reduzem a absorção de colesterol, de caroteno e das vitaminas lipossolúveis A, D, E e K. O óleo mineral tem a propriedade de formar uma barreira física, impedindo a absorção desses nutrientes que, por sua vez, serão dissolvidos e eliminados pelas fezes, acarretando diminuição da formação de micelas. Evidentemente, a prática de usar, de maneira freqüente e excessiva, esses medicamentos, aumenta mais a possibilidade de causar deficiência do que a sua utilização ocasional. Assim, o uso prolongado de fenolftaleína pode prejudicar a absorção de cálcio, vitamina D e potássio, pois, além do aumento do peristaltismo, pode levar à perda da integridade da mucosa e à depleção de potássio.

Essas substâncias podem, ainda, comprometer a absorção de outros nutrientes, devido ao aumento da motilidade intestinal.

Antiácidos

Da mesma forma que os laxantes, os antiácidos, medicamentos muitas vezes utilizados como automedicação, são usados pelos idosos para aliviar distúrbios gástricos. Esses distúrbios podem ser conseqüência de doenças do aparelho digestório, que, como já referido anteriormente, no estudo de Marucci[21] era o quarto grupo de doenças mais prevalentes. Além disso, é comum os idosos apresentarem dispepsia (dificuldade de digestão), seja pela mastigação inadequada dos alimentos, devido à ausência de dentes ou presença de próteses mal-adaptadas, seja pela ingestão inadequada (quantidade e qualidade) de alimentos.

Por outro lado, os antiácidos à base de carbonato de cálcio e hidróxido de alumínio diminuem a absorção de ferro. Essas substâncias alteram o pH do estômago, prejudicando a absorção desse mineral, que necessita de meio ácido para transformar a forma férrica em ferrosa, que é absorvível.

Antiácidos contendo sódio podem exacerbar ou aumentar o risco de insuficiência cardíaca em pacientes cardíacos e interferir no controle da pressão sangüínea.

Antibióticos

É freqüente a necessidade dos idosos de consumirem antibióticos, devido às várias infecções que apresentam.

Há que se considerar que, devido, muitas vezes, ao estado nutricional precário em que os idosos se encontram e, portanto, com baixa resistência orgânica, se tornam muito suscetíveis a vários tipos de infecções.

É fácil entender que a diminuição das defesas orgânicas como conseqüência do processo de envelhecimento e do estado geral precário decorrente de uma ou mais doenças associadas, que, como já foi assinalado, é comum em idosos, torna as pessoas da terceira idade suscetíveis a infecções em um ou mais sistemas orgânicos. Entre estas destacam-se as localizadas no trato urinário e no aparelho respiratório, que são particularmente graves e repetitivas, especialmente quando há uma causa subjacente, como, por exemplo, prostatismo, na primeira, e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), na segunda. Um estudo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 36.1 Efeitos de Medicamentos Sobre a Ingestão de Alimentos

Medicamentos	*Efeitos*
Anfetaminas e correlatos não-catecólicos	Diminuem o apetite, reduzindo a ingestão de alimentos
Antineoplásicos (agentes quimioterápicos e radioterápicos)	Induzem à anorexia, náuseas e vômitos, podendo provocar aversão a certos alimentos; podem causar disgeusia
Glicosídios cardíacos (em altas doses)	Provocam anorexia, náuseas e vômitos
Levodopa e benzodiazepínicos	Provocam anorexia, náuseas e vômitos
Anti-histamínicos	Aumentam o apetite, podendo conduzir ao ganho de peso
Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina)	Aumentam o apetite
Agentes hipoglicemiantes (sulfoniluréias, tolbutamida, clorpropamida)	Aumentam o apetite em certos pacientes diabéticos
Drogas psicoterápicas (carbonato de lítio)	Aumentam o apetite e podem causar disgeusia
Corticosteróides	Aumentam o apetite
Antifúngicos (griseofulvina)	Alteram a percepção do paladar, dificultando a ingestão de alimentos
Anestésicos (lidocaína, benzocaína) e ácido acetilsalicílico	Podem provocar alteração do paladar

realizado por Vannucchi e col.[28] em idosos hospitalizados mostrou que pacientes com DPOC, insuficiência cardíaca congestiva, megaesôfago e leucoses apresentaram a maior prevalência de deficiência de zinco, carotenóides e vitaminas A, E, C e B_2.

Todos esses aspectos determinam o uso de antibióticos, inclusive de largo espectro, que acarretam diminuição na absorção de gorduras e colesterol, de vitaminas (caroteno, B_{12}, ácido fólico e as lipossolúveis — A, D e K), minerais (cálcio, sódio e potássio) e carboidratos (lactose e sacarose), porque diminuem a atividade da lipase pancreática e fixam os sais bilares.

Na Tabela 36.2, podem ser observados os efeitos de alguns antibióticos sobre o estado nutricional.

Agentes Hipocolesterolêmicos

Doenças cardiovasculares, em geral, e doenças cardíacas, em particular, são outras enfermidades que aparecem com muita freqüência em idosos, necessitando, muitas vezes, do uso de agentes hipocolesterolêmicos, como, por exemplo, a colestiramina. Esse medicamento tem a propriedade de diminuir a absorção de colesterol, reduzindo, também, a absorção de gorduras e vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K). Assim, essas vitaminas e, possivelmente, o cálcio, deverão ser administradas a pacientes que estejam em tratamento com o referido medicamento.

Alteração na Excreção de Nutrientes

Como já mencionado anteriormente, a doença hipertensiva é a mais prevalente em idosos, exigindo a utilização, particularmente, de diuréticos, para seu controle. Esses medicamentos provocam hiper-excreção de minerais como potássio, sódio, magnésio, zinco e cálcio, depletando o organismo em relação a esses nutrientes.

Convém salientar ainda que, normalmente, a dieta de indivíduos idosos apresenta-se deficiente em relação a alimentos ricos nesses minerais, como as hortaliças, frutas, leite e substitutos, conforme verificado em estudos realizados por vários autores. Compreende-se, portanto, que a associação desses fatores — deficiência desses nutrientes, devido à menor ingestão, e a sua maior excreção, por ação de diuréticos, utilizados não só em casos de hipertensão arterial sitêmica, mas também em indivíduos com insuficiência cardíaca, cirrose hepática descompensada e síndrome nefrótica — pode acarretar quadro de redução, por vezes grave, desses eletrólitos.

A Tabela 36.3 apresenta os efeitos de alguns diuréticos sobre o metabolismo e excreção de drogas.

Os efeitos de drogas sobre alguns nutrientes e estado nutricional foram sumarizados na Tabela 36.4.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 36.2 Efeitos de Alguns Antibióticos sobre o Estado Nutricional

Medicamentos	*Mecanismo*	*Implicação Nutricional*
Cloranfenicol	Diminui a síntese protéica pelo bloqueio da união RNAm ribossomo	Possível aumento da necessidade de riboflavina piridoxina e vitamina B_{12} Possível neurite periférica, neuropatia óptica Pode antagonizar a resposta à terapia com folato, ferro e vitamina B_{12}
Penicilinas	Carregam consigo potássio para a urina Possibilidade de indução de hiperaldosteronismo	Hipocalemia
Tetraciclinas	Quebram íons bivalentes Podem diminuir a síntese de proteínas transportadoras de ferro da mucosa	Absorção diminuída de cálcio, ferro, magnésio, xilose, aminoácidos e lipídios Aumento da excreção urinária de vitamina C, riboflavina, nitrogênio, ácido fólico e niacina Redução da síntese de vitamina K por bactérias intestinais
Neomicina	Diminui a atividade das dissacaridases Causa lesão da mucosa Precipita ácidos biliares; interrompe a formação de micelas	Absorção reduzida de lipídios, carboidratos, proteínas, vitaminas A, D, K e B_{12}, cálcio e ferro
Gentamicina	Nefrotoxicidade	Aumento da excreção urinária de magnésio e potássio
Viomicina	Induz o hiperaldosteronismo	Pode causar hipomagnesemia, hipocalemia, hipocalcemia, alcalose
Cefalosporinas	Nefrotoxicidade Danos na mucosa gástrica	Pode causar hipocalemia Pode cusar deficiência de vitamina K com prolongação do tempo de protrombina

Fonte: Krause e col.[15]

Tabela 36.3 Efeitos de Alguns Diuréticos sobre o Metabolismo e Excreção de Nutrientes

Diuréticos	*Mecanismo*	*Efeitos Nutricionais*
Ácido etacrínico	Possível interferência com o transporte da glicose	Diminuição da tolerância ao carboidrato Aumento da excreção urinária de cálcio, magnésio e potássio
Furosemida		Aumento da excreção urinária de cálcio, magnésio, potássio e zinco
Mercuriais	Danos nos túbulos renais	Diminuição da tolerância a carboidratos Aumento da excreção urinária de tiamina, cálcio, magnésio e potássio Possível depleção de magnésio e reabsorção óssea
Espironolactona		Aumento da excreção urinária de cálcio e magnésio
Tiazidas	Possível aumento da absorção de cálcio ou reabsorção óssea	Aumento da excreção urinária de riboflavina, potássio, magnésio e zinco Diminuição da tolerância a carboidratos
Triantereno	Inibição competitiva da dudrofolato redutase; redução da ativação do cálcio fólico	Redução dos níveis séricos de folato Possível aumento na excreção de cálcio

Fonte: Krause e col.[15]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 36.4 Efeitos de Drogas sobre Alguns Nutrientes e Estado Nutricional

Drogas	*Mecanismo*	*Nutrientes Afetados*	*Efeitos Nutricionais*
Álcool	Alteração na absorção do nutriente ou na formação de sua coenzima	Tiamina (vitamina B_1)	Distúrbios neurológicos; atonia gastrintestinal; alteração no metabolismo de carboidratos
Alcalóides de digitalina	Aumento da necessidade do nutriente		
Antiácidos	Aumento do pH gástrico, diminuindo a absorção gastrintestinal		
Tiroxina, amitriptilina, benzodiazepínicos, clorpromazina	Diminuição da absorção gastrintestinal	Riboflavina (vitamina B_2)	Diminuição da visão, fotofobia, glossite, queilose, dermatite
Ácido bórico	Deslocamento do nutriente dos sítios plasmáticos de ligação com hiper-excreção da vitamina		
Isoniazida, hidrolazina, levodopa, penicilina, álcool	Atuação como antagonistas do nutriente ou aumento do *turnover*	Piridoxina (vitamina B_6)	Dermatite seborréica ao redor dos olhos, nariz, boca; queilose, glossite e estomatite
Cimetidina, neomicina, colestiramina, tolbutamida, clofibrato, clorpropamida, álcool, gentamicina	Alteração na atividade biliar, diminuindo a absorção gastrintestinal	Cianocobalamina (vitamina B_{12})	Anemia macrocítica
Fenobarbital, fenitoína, triantereno, metotrexato, trimetoprim, sulfonamidas	Atuação como antagonistas do nutriente, alterando o metabolismo e utilização ou aumento do *turnover*	Ácido fólico	Anemia megaloblástica
Isoniazida	Atuação como antagonista da vitamina B_6, que é coenzima necessária na síntese da niacina a partir do triptofano, causando depleção do nutriente	Niacina	Pelagra — dermatite, estomatite, diarréia, alterações mentais
Ácido acetilsalicílico, anoréticos, anticonvulsivantes, tetraciclina, álcool	Diminuição da absorção gastrintestinal	Ácido ascórbico (vitamina C)	Fragilidade capilar; hemorragia gengival; retardo na cicatrização de ferimentos
Óleo mineral	Diminuição da absorção gastrintestinal, porque age como solvente do caroteno e do nutriente	Vitamina A	Prejuízo da visão, por falta de adaptação ao escuro (cegueira noturna); atrofia da camada epitelial normal: nas mucosas a função secretora é prejudicada no epitélio de proteção não-secretor
Colestiramina, neomicina, álcool	Diminuição da absorção por lesão da mucosa, inibição inativação de sais biliares		Ocorre a hiperqueratinização

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quadro 36.4 (Continuação) Efeitos de Drogas sobre Alguns Nutrientes e Estado Nutricional

Colestiramina laxantes, óleo mineral, antiácidos, fenolftaleína	Alteração no metabolismo e absorção do nutriente	Vitamina D	Fraqueza muscular; dor óssea; osteomalacia; osteoporose
Anticonvulsivantes	Aceleração da degradação de 25 OHD_3		
Corticosteróides	Bloqueio na produção de 1,25 OHD_3 no rim		
Cumarínicos tetraciclinas, colestiramina, óleo mineral, neomicina	Alteração na atividade biliar, diminuindo a absorção gastrintestinal	Vitamina K	Hemorragia; gengivite
Fenobarbital furosemida antiácidos, metotrexato, cimetidina, corticosteróides, fenitoína, neomicina	Alteração no metabolismo e absorção do nutriente	Cálcio	Hipocalcemia; osteoporose; osteomalacia
Furosemida, tiazídicos, clorpropamida, tolbutamida, amitriptilina, captopril	Aumento da excreção renal	Sódio	Fraqueza, apatia, náusea, câibras
Furosemida, ácido etacrínico, digitálicos, tiazídicos, levodopa, lítio, cortiscosteróides	Aumento de excreção renal	Potássio	Distúrbio da condução; hipocalemia; paralisia muscular; alcalose metabólica

Adaptado de Boechat[1] e Krause e col.[15]

Efeitos de Alimentos/Nutrientes sobre Drogas

Os alimentos ou nutrientes podem interferir sobre a ação dos medicamentos nas fases de absorção, metabolismo e excreção dos mesmos.

Alteração na Absorção de Drogas

A absorção de drogas pode ser afetada pela presença de alimentos, como apresentado na Tabela 36.5.

Alguns mecanismos, como retardo no esvaziamento gástrico e associação com nutrientes, podem contribuir para a alteração na absorção de drogas.

Retardo do Esvaziamento Gástrico

A presença de alimentos em geral e de alguns tipos de alimentos ou preparações, como, por exemplo, gorduras e frituras que são de digestão mais demorada, determina retardo no esvaziamento gástrico, ou seja, aumenta o tempo da passagem do alimento do estômago para o intestino. Deste modo, o medicamento permanece mais tempo no estômago, fato este que pode aumentar a sua absorção, devido ao maior período de ação da acidez gástrica, ou diminuir a sua absorção, reduzindo o efeito terapêutico, ou, ainda, promover uma absorção lenta, prolongando o efeito terapêutico.

O esvaziamento gástrico lento, que é um fator definitivamente relacionado ao processo de envelhecimento, pode se acentuar por ação de certos nutrientes, como já foi referido, e pela administração de algumas drogas, como fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos; e anticolinérgicos. A associação desses fatores, ou seja, o próprio envelhecimento e a ação dos nutrientes e dos medicamentos citados, pode determinar inativação de algumas drogas (por exemplo, levodopa e penicilina). O retardo no esvaziamento gástrico expõe estas drogas ao aumento

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 36.5 Efeitos de Alimentos sobre a Absorção de Drogas

Droga	*Efeito da Alimentação*
Anti hipertensivos	
Canrenona (metabólito da espironolactona)	Aumento da absorção, aumento dos níveis séricos da droga
Hidralazina	Aumento dos níveis séricos da droga
Broncodilatador	
Teofilina	Diminuição da absorção, diminuição dos níveis séricos da droga em dietas com alta quantidade de proteínas
Cardioativos	
Digoxina	Diminuição da absorção, diminuição dos níveis séricos da droga
Propranolol	Aumento da absorção, aumento dos níveis séricos de drogas
Metoprolol	Aumento da absorção
Antibióticos	
Ampicilina	Diminuição da absorção
Isoniazida (antituberculínico)	Diminuição da absorção, diminuição dos níveis séricos da droga
Oxacilina	Diminuição da absorção
Penicilina	Diminuição da absorção
Rifampicina (antituberculíneo)	Diminuição dos níveis séricos da droga
Tetraciclina	Diminuição da absorção com alimentos contendo cálcio
Amoxilina (análogo da ampicilina)	Sem alteração
Metronidazol	Sem alteração
Antifúngico	
Griseofulvina	Aumento da absorção com alimentos gordurosos
Anticonvulsivante	
Carbamazepina	Aumento dos níveis séricos da droga

Fonte: Krause e col.[15]

da degradação intragástrica, o que propicia condições para o aparecimento de subprodutos menos ativos para absorção.

Associação com Nutrientes

Alguns medicamentos têm sua absorção prejudicada quando em presença de certos nutrientes. Assim, por exemplo, antibióticos do grupo das tetraciclinas formam complexos com o mineral cálcio, quando este está presente, o que leva à diminuição da absorção desses medicamentos. E, em termos populares, a associação de ingerir antibióticos com leite é bastante arraigada.

A griseofulvina (antifúngico) é uma droga que também tem sua absorção alterada em presença de gordura, a qual promove aumento da absorção do medicamento, porque ele é altamente lipossolúvel. É provável que a gordura estimule a secreção de sais biliares, o que aumenta a solubilidade da droga, tornando-a mais absorvível.

Alteração no Metabolismo de Drogas

O metabolismo de drogas pode ser alterado pela alimentação, uma vez que a atividade do sistema enzimático microssomal hepático de metabolização de drogas (principalmente o citocromo P450 — dependente do sistema "oxidase de função mista") é influenciada pela ingestão de vários nutrientes, como proteínas, carboidratos, lipídios, riboflavina, magnésio, zinco e ácido ascórbico.

Exemplo de interação entre droga e nutriente pode ser observado com inibidores da monoaminoxidase (IMAOs). Esses medicamentos, utilizados no tratamento de pacientes com depressão, bloqueiam a atividade de diversas enzimas oxidativas, inclusive a monoaminoxidase (MAO), muito importante no processo de degradação de aminas como a tiramina, que é um composto farmacologicamente ativo, derivado da descarboxilação do aminoácido tirosina, normalmente degradado pela MAO. Na presença de IMAO, o metabolismo da tiramina é afetado, acarretando o au-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mento dos níveis de catecolaminas, o que pode dar origem à elevação abrupta da pressão arterial, podendo ocorrer, além de crise hipertensiva, particularmente em pacientes mais idosos com vasculatura cerebral mais frágil, manifestações de acidente vascular cerebral.

Quando um indivíduo está fazendo uso dessas drogas, deve evitar, na sua dieta, o consumo de alimentos ricos em tiramina: queijos curados, vinho, cerveja, picles, molhos e outros alimentos que sofrem processo de maturação ou fermentação (Tabela 36.6).

Alteração na Excreção de Drogas

A excreção de drogas pode ser afetada pelos níveis orgânicos, de minerais, como é o caso do carbonato de lítio, que é um ansiolítico e tem sua excreção aumentada quando o indivíduo apresenta elevada ingestão de sódio e de líquidos. Em contrapartida, quando há baixa ingestão de sódio, o lítio sérico aumenta, podendo atingir níveis tóxicos.

Recomendações

Considerando todos os aspectos abordados, são apresentadas algumas recomendações a fim de evitar os efeitos adversos da interação droga-nutriente e contribuir para que os indivíduos que necessitem fazer uso desses medicamentos possam deles realmente se beneficiar.

Em Relação à Prescrição de Medicamentos

1. É muito importante adequar a dose terapêutica aos indivíduos idosos, porque sua resposta às drogas é diferente da dos jovens; eles têm menor capacidade de reserva funcional e da homeostase.
2. É necessário manter vigilância quanto à resposta terapêutica, observando o aparecimento de efeitos colaterais.
3. É necessário, ainda, que sejam prescritos medicamentos cujas alterações, em relação à cinética e à dinâmica em diferentes faixas etárias, já tenham sido apresentadas na literatura médica.
4. É aconselhável não prescrever medicamentos com o objetivo de controlar efeitos colaterais provocados por outras drogas.
5. É necessário controlar enfermidades intercorrentes.
6. É desejável conhecer as interações medicamentosas previamente relatadas.
7. É fundamental considerar o idoso de forma global, levando em conta o seu hábito de vida, nível social e mental, grau de dependência física e mental, utilização de medicamentos, prescritos e não-prescritos. Há que se lembrar que os indivíduos com problemas cognitivos, visuais e motores apresentam dificuldade para entender e cumprir prescrições. Assim, torna-se necessário apresentar as instruções de modo claro, para que haja utilização correta dos medicamentos, orientando não só o idoso, mas também todas as pessoas que convivem com ele.

Em Relação à Dieta e Estado Nutricional

Devido às várias interações droga nutriente, aconselha-se que alguns medicamentos sejam ingeridos juntamente com alimentos para facilitar a sua absorção ou para evitar o aparecimento de efeitos gastrintestinais adversos. Exemplos dessas drogas são os antiinflamatórios não-hormonais.

Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, como osteoartrite, gota e artrite reumatóide, ocupam o segundo lugar no perfil de morbidade, tanto de idosos ambulatoriais, estudados por Marucci[21], quanto de idosos na comunidade, estudados por Ramos[24]. Embora essas doenças não se constituam, normalmente, em causas de morte, desempenham papel fundamental na saúde de idosos e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida, uma vez que podem torná-los incapacitados, prejudicando a sua independência e autonomia. Para controlar essas enfermidades, aliviando a dor e reduzindo o inchaço das articulações, os idosos utilizam aspirinas e outros medicamentos antiinflamatórios.

Certos medicamentos devem ser ingeridos em jejum ou, então, algumas horas antes ou depois da refeições para evitar que sua absorção seja diminuída.

Como exemplos desses medicamentos, podem ser citados:

- medicamentos que devem ser ingeridos *uma hora antes das refeições,* como o anti-hipertensivo cap-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 36.6 Restrições Dietéticas para Tiramina

Alimentos Permitidos	*Alimentos Excluídos*
Bebidas Todas, exceto as excluídas; café	Bebidas alcoólicas (vinhos, cerveja, vermute)
Pães e substitutos Todos, exceto os excluídos, incluindo o pão comercial	Pão caseiro fermentado com quantidades substanciais de fermento, pães e biscoitos contendo queijo
Gorduras Todas, exceto as excluídas	Creme azedo
Frutas Todas, exceto as excluídas Laranja (limite de uma laranja pequena diariamente de 6cm de diâmetro, que fornece 1mg de tiramina)	Ameixa vermelha, fios enlatados e passas
Carnes e substitutos Requeijão; carnes não especificamente excluídas; ovos	Caça "envelhecida"; fígado e carnes enlatadas; extratos de leveduras; extratos comerciais de carnes; bife de fígado conservado; fígado de galinha; salame; lingüiça; queijos "envelhecidos": azul, *boursalt*, *brick*, *brie*, *camembert*, *cheddar*, *colby*, *emmental*, *gouda*, *mussarela*, parmesão, provolone, romano, *roquefort*; peixes secos salgados (arenque, bacalhau); arenque em conserva
Hortaliças Tomate (limite de 1/2 xícara por dia); todos os outros legumes não especificamente excluídos	Fava italiana (as vagens contêm tiramina), vagem verde, berinjela
Variedades Molhos frescos, feitos em casa; tudo não especificamente excluído	Molhos fermentados (ex.: molho de soja); condimentos fermentados (ex.: vinagre de vinho); molhos comerciais ou extratos de carne; produtos feitos com fermentos concentrados; alimentos protéicos impropriamente estocados

topril, o cardiotônico digoxina, o antibiótico eritromicina, este último também sem leite;

- medicamentos que devem ser ingeridos *uma a três horas antes das refeições,* como os antiácidos à base de bicarbonato de sódio;
- medicamentos que devem ser ingeridos *uma a três horas após as refeições,* como os antiácidos à base de hidróxido de alumínio;
- medicamentos laxativos devem ser ingeridos com água e com estômago vazio.

Há necessidade de orientar os indivíduos, e também seus familiares ou responsáveis, quanto à maneira mais adequada de consumir os medicamentos (com ou sem alimentos e horário mais apropriado), a fim de que tanto a absorção quanto a eficácia da droga sejam otimizadas.

Avaliar, periódica e regularmente, por meio de exames bioquímicos, o estado nutricional, em relação a vitaminas e minerais, dos indivíduos que utilizam medicamentos (laxantes, diuréticos, óleo mineral) que podem provocar deficiências nutricionais.

Controlar, semanalmente, o peso dos indivíduos que consomem medicamentos que alteram o apetite e, conseqüentemente, a ingestão de alimentos, o que pode acarretar ganho ou perda de peso.

Orientar os indivíduos que utilizam medicamentos que aumentam o apetite a controlar sua dieta, diminuindo o consumo de alimentos que fornecem mais calorias (gorduras, açúcares e doces, refrigerantes, bebidas alcoólicas) e aumentando o consumo de alimentos que fornecem menos calorias, como, por exemplo, hortaliças e frutas, leite e carnes não gordu-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rosas. Esses indivíduos podem ser orientados também a utilizar produtos dietéticos.

Orientar os indivíduos que consomem drogas que diminuem o apetite (glicosídios cardíacos, antineoplásicos, bebidas alcoólicas, anfetaminas) a modificar a sua dieta no sentido de torná-la mais atraente e apetitosa. Algumas sugestões podem ser úteis: temperar carnes, de modo geral, com molhos (à base de tomate, vinagrete e outros); utilizar uma variedade de especiarias (por exemplo, cravo, canela, noz-moscada), condimentos e temperos (salsinha, cebolinha, alho, cebola, orégano, louro, sálvia, manjericão, hortelã, limão e outros), que ressaltam o sabor natural dos alimentos ou lhes imprimem um novo sabor; diversificar os alimentos e as preparações culinárias, variando textura, temperatura e cor, evitando assim a monotonia.

É importante também reduzir ou suprimir a ingestão de bebidas alcoólicas, se houver, e aumentar o número de refeições por dia (quatro a cinco: café da manhã ou desjejum, lanche matutino ou colação, almoço, lanche da tarde e jantar) com pequena quantidade de alimentos cada uma.

Indivíduos que utilizam medicamentos que alteram o paladar (antineoplásicos, levodopa, anestésicos, anfetaminas) devem ser orientados a disfarçar o sabor, utilizando frutas ou seu suco, ou leite; tomar a medicação com o líquido adequado (água ou leite) e enxaguar a boca com água ou com suco de laranja ou limão.

Para os utilizadores de drogas que provocam náuseas e/ou vômitos (antineoplásicos, antiinflamatórios, antibióticos, anticonsulsivantes, glicosídios cardíacos) deve-se orientar para consumirem refeições com pequeno volume de alimentos, evitando frituras e aqueles ricos em gorduras e, também, a ingestão de líquidos durante as refeições ou logo após as mesmas.

Aos indivíduos que apresentam secura bucal, as sugestões são as seguintes: diminuir o consumo de alimentos ou preparações secas (farinhas e farofas) e salgadas; umedecer alimentos secos em bebidas (por exemplo, pão no leite) ou mastigar com o auxílio de alguma bebida (leite, chá, suco de frutas ou água), utilizar alimentos ou preparações úmidas e com textura macia, como purê de batatas ou de hortaliças, mingaus, sopas em geral, "sopa" de pão com leite, flans, pudins. Evitar alimentos muito condimentados e altamente acidificados.

Para os indivíduos que utilizam inibidores da monoaminoxidase (IMAO), recomenda-se ingestão de tiramina abaixo de 5mg. Para tanto, aconselha-se somente consumo de alimentos frescos, evitando os processados, fermentados ou maturados.

Conclusão

Os aspectos abordados neste capítulo mostram que as alterações freqüentes no processo de envelhecimento (condições fisiológicas, patológicas, bioquímicas), assim como a presença simultânea de várias doenças e a polifarmácia vivenciada pelos idosos, são fatores que desempenham papel importante, tanto no estado nutricional desse grupo etário, quanto nos efeitos farmacológicos, aumentando a incidência de interação droga-nutriente.

Considerando o exposto, é imperioso que os profissionais de saúde, particularmente o nutricionista e o médico, estejam conscientes dos possíveis efeitos adversos da interação entre drogas e nutrientes, a fim de que esses efeitos colaterais possam ser evitados e a saúde dos idosos que usam drogas seja beneficiada com elas, e não o contrário.

Referências Bibliográficas

1. Boechat NS. Interação Medicamentosa em Idosos. J Bras Med; 1991; 60 (4):75.
2. Caballero B. Interacciones entre los Componentes de la Dieta. Arch Latinoamer Nutr; 1988; 38 (3):656.
3. Curiati JAE, Ventura MM, Carvalho Filho ET et al. Resultado de avaliação mental em idosos. In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 9º, São Paulo; 1991. Tema Livre nº 49. Resumo. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1991.
4. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso Rev Nutr 2000; 13(3): 157.
5. Cervato AM, Derntl AM, Latorre MRDO, Marucci MFN; 2005; 18 (1): 41.
6. Davies KN, King D, Davies H. A study of the nutritional status of patients with Parkinson's disease. Age and Ageing; 1994; 23 (2):142.
7. Fabbri RMA, Gorzoni ML. Afecções em nonagenários. In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 9º, São Paulo, 1991. Tema Livre nº 57. Resumo. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1991.
8. Fabbri RMA, Gorzoni ML, Lima CA. Análise de população geronte em consultório médico. In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 9º, São Paulo, 1991. Tema Livre nº 58. Resumo. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1991.
9. Ferry M, Foglietti MJ. Interactions nutriment — médicament chez les personnes âgées. Méd et Nutr; 1992; 28 (6):311.
10. Fundação Seade. O idoso na Grande São Paulo. Coleção Realidade Paulista. São Paulo; 1990.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

11. Gorzoni ML. Aspectos de farmacologia clínica em pacientes idosos. Gerontologia; 1993; 1 (1):9.
12. Hathcock JN. Nutrient — drug interations. Clin Geriatr Med; 1987; 3(2): 297.
13. Hiramatsu CS, Alencar YMG, Roncada MJ et al. Diagnósticos clínicos em pacientes de idade avançada. In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 9º, São Paulo; 1991. Tema Livre nº 55. Resumo. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria. e Gerontologia; 1991.
14. Hiramatsu CS, Alencar YMG, Roncada MJ et al. Uso de medicamentos em população idosa ambulatorial. In: Congresso Bra-sileiro de Geriatria e Gerontologia, 9º, São Paulo, 1991. Tema Livre nº 150. Resumo. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1991.
15. Krause MV, Mahan LK. As interações entre drogas, nutrientes e o estado nutricional. In: Krause MV, Mahan LK. Ali-mentos, nutrição e dietoterapia. 7ª ed. São Paulo: Roca; 1991. p. 406.
16. Leão MC. Interação entre alimentos e medicamentos. In: Augusto ANP et al. Terapia nutricional. São Paulo: Atheneu; 1993. p. 54.
17. Lebrão ML, Duarte YAO (orgs.). SABE – Saúde, bem estar e envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial, Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
18. Magnus MH. Adverse effects of drug — nutrient interations in the elderly: mechanism, consequences and prevention. Cajanus; 1991; 24 (1): p. 19.
19. Mahan LK, Arlin ME. Interações entre drogas e nutrientes. In: Mahan LK, Arlin MT Krause — alimentação, nutrição e dietoterapia. 8ª ed. São Paulo: Editora Roca; 1995. p. 453.
20. Marucci MFN. Avaliação das dietas oferecidas em instituições para idosos, localizadas no município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo;1985.
21. Marucci MFN. Aspectos nutricionais e hábitos alimentares de idosos, matriculados em ambulatório geriátrico. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo;1992.
22. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Pasini U. Farmacocinética e farmacodinâmica das drogas. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria — fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 409.
23. Quintero-Molina R. Nutrición em los ancianos. Geriatrika; 1993; 9 (1): 14.
24. Ramos LR, Saad PM. Morbidade na população idosa. In: Fundação Seade. O idoso na Grande São Paulo. Coleção Realidade paulista. São Paulo; 1990. p. 161.
25. Roe DA. Medications and nutrition in the elderly. Prim Care; 1994; 21 (1):135.
26. Santos FS, Souza MAR, Stoppe Jr A et al. Particularidade da terapêutica biológica da depressão no idoso. Gerontologia; 1995; 3 (1): 34.
27. Siar AM, Trezza E, Dota E et al. Programa Botucatu ano 2000 — desenvolvimento com qualidade de vida — "o idoso". Gerontologia; 1995; 3 (1):41.
28. Vannucchi H, Cunha DF, Bernardes MM et al. Avaliação dos níveis séricos das vitaminas A, E, C e B2, de caroteriói-des e zinco, em idosos hospitalizados. Rev Saúde Publ, São Paulo; 1994; 28 (2):121.
29. Voigt MN, Eitenmiller RR, Koehler PE. Tyramine, histamine, and tryptamine content of cheese. J Milk Food Technol; 1994; 37 (7):377.
30. Woo J, Chan SM, Mak YT et al. Biochemical predictors of short term mortality in elderly residents of chronic care institutions. J Clin Pathol; 1989; 42:1241.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

37 As Interfaces da Alimentação, da Nutrição e do Envelhecimento e o Processo Educativo sob a Visão Interdisciplinar da Gerontologia

Lucy Aintablian Tchakmakian
Vera Silvia Frangella

Introdução

As preocupações com o processo de envelhecimento e sua conseqüência natural, a velhice, assim como a incapacidade funcional associada a esse processo, são tão antigas quanto a origem da humanidade. A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, mesmo pelas ainda não idosas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência econômica e de cuidados para o desempenho das atividades de vida diárias (autocuidado na higiene pessoal, no vestir-se, alimentar-se).

O aumento acentuado do número de idosos no mundo, portanto, trouxe conseqüências para a sociedade, para as ciências e, obviamente, para os indivíduos que compõem esse segmento populacional. Na verdade, as estatísticas reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema do que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde, sobrecarregando os sistemas de saúde e aposentadoria. Assim, torna-se imprescindível buscar os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos, por meio do conhecimento das múltiplas facetas do heterogêneo e complexo processo de envelhecimento. Ver esse fenômeno simplesmente pelo prisma biofisiológico é limitado e insuficiente, pois negligencia a importância e influência que os problemas ambientais, psicológicos, culturais, familiares, sociais e econômicos exercem sobre o processo de envelhecimento.

Como a Gerontologia e a Geriatria são campos científicos e profissionais relativamente novos tem-se, por vezes, a falsa crença de que a preocupação com a velhice teve origem recente.

Há diferenças entre estas duas ciências nas suas abordagens sobre o envelhecimento. Assim, a Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento, considerando diversos aspectos (sociológicos, biológicos, culturais e outros), numa perspectiva interdisciplinar; enquanto a Geriatria é a especialidade médica dedicada aos problemas de saúde dos idosos.

É fato que o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. O maior número de anos vividos pode corresponder a longos períodos de sofrimento para os próprios indivíduos, seus cuidadores e suas famílias; anos marcados por doenças com seqüelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia e da representatividade social, e isolamento social. No entanto, se os indivíduos envelhecem com autonomia, boas condições econômicas e independência, com boa saúde física e mental, desempenhando papéis sociais, permanecendo ati-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vos e desfrutando de senso de significado pessoal, sua qualidade de vida pode ser muito boa.

O envelhecimento, como processo vital de acumulação de anos vividos, não tem por que ser um processo patológico. Para tanto, o ideal seria que desde a infância adotássemos estilo de vida saudável e planejássemos organizar, na idade adulta, nossas economias e um ambiente mais fácil de ser adaptado, tanto para a nossa própria velhice, quanto para cuidar adequadamente de nossos velhos, e garantir o bem-estar (físico, mental e social) deste segmento etário.

A Alimentação como Fator Condicionante da Qualidade de Vida e da Longevidade

Vários são os fatores que podem condicionar a qualidade de vida e a longevidade do ser humano, sendo a alimentação um dos principais.

O alimento acompanha o homem em toda a sua evolução histórica. A história da alimentação demonstra o papel vital do alimento para a sobrevivência e desenvolvimento do ser humano enfatizando, também, a grande capacidade humana de adaptação a novas circunstâncias de alimentação, assim como em outros setores da vida, bem como a inteligência e a criatividade do homem. Essa capacidade de se adaptar a novos recursos de alimentação garantiu ao ser humano, sem dúvida, o conhecimento e a perpetuação da espécie. Então, uma boa alimentação é condição básica para o perfeito funcionamento do organismo como um todo, contribuindo para a sobrevivência e evolução do indivíduo e dos grupos sociais. Ela é caracterizada como uma das necessidades do ser humano, cuja satisfação depende fundamentalmente do seu bem-estar físico e de outros aspectos, como: integração psicológica em seu meio, desenvolvimento das faculdades mentais, nível de aprendizado, dentre outros. Uma alimentação sadia e equilibrada é definida como aquela que atende às necessidades vitais de cada indivíduo, e faz-se necessária para cobrir os requerimentos de nutrientes para o organismo, que variam de acordo com idade, sexo, clima, atividade física, funções biológicas, crenças, práticas alimentares, condições de integração social e situação econômica.

Cabe aqui ressaltar a diferença existente entre nutrição e alimentação, sendo que esta última é definida pela Organização Mundial da Saúde como "um processo voluntário e consciente pelo qual o ser humano obtém produtos para o seu consumo que consiste na ação de receber ou proporcionar alimentos".

A nutrição, ao contrário, é involuntária e inconsciente, envolvendo digestão, absorção, metabolismo ou transformação e assimilação dos nutrientes e excreção dos produtos de eliminação. Estuda os alimentos; a necessidade alimentar dos indivíduos e das coletividades (sadios e enfermos), bem como suas adequações às condições fisiopatológicas, socioeconômicas e culturais, sob uma perspectiva holística, a fim de manter e/ou adquirir/recuperar a saúde. O suprimento correto das *necessidades nutricionais* está diretamente relacionado com a manutenção da boa saúde de cada indivíduo em particular, de acordo com o tamanho e composição de seu organismo e o grau de atividade física exercida.

Partimos, portanto, do pressuposto de que falar em alimentação (e/ou transformá-la) envolve questões amplas e não só nutricionais, como também socioeconômicas, culturais e afetivas, que precisam ser identificadas adequadamente pelos nutricionistas para que realizem com sucesso seu papel de agente de mudanças das práticas alimentares, especialmente quando se trata de idosos. Para tanto, reconhecemos a interdisciplinaridade e a Gerontologia como elementos essenciais.

Os Vários Significados dos Alimentos e o Idoso

A alimentação sofre influências da cultura e acompanha a evolução social. Ela representa muito mais do que uma necessidade fisiológica e tem significados complexos e variados para o ser humano. Dentre estes significados podemos destacar que a alimentação é garantia de saúde e sobrevivência e fator de integração entre o homem, a natureza e os recursos tecnológicos, políticos, econômicos, culturais, religiosos e de socialização (como nos ritos de passagem: batizado, casamento, reunião de negócios, entre outros). É também fator de identificação/exclusão (por exemplo, na escolha dos hábitos e comportamento alimentares, etiqueta social, uso diferenciado de talheres); de prazer, de recompensa (quando gratificamos ou agradamos alguém presenteando-o com alimentos) e de afetividade. A alimentação e as refeições à mesa são imagens evocativas de memórias, tendo papel importante como constituintes das mesmas. Assim, para os idosos, a alimentação passa a ter

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

significados afetivos mais fortes e importantes, representando muito mais que uma fonte de saúde e sobrevivência.

Deste modo, torna-se imprescindível identificar os diferentes significados pessoais e coletivos da alimentação para se poder trabalhar o plano alimentar adequado à individualidade, garantindo a especificidade e a eficácia no cumprimento dos aconselhamentos nutricionais, especialmente quando se trata do idoso, uma vez que seus hábitos alimentares são arraigados.

Repercussões do Processo de Envelhecimento e a Nutrição

O processo de envelhecimento, por si só, afeta diretamente o estado nutricional do indivíduo por todas as alterações que ocorrem no organismo, tais como: diminuição dos botões gustativos; redução das acuidades olfativa e visual; diminuição das secreções: salivar e gástrica; falha na mastigação (pela ausência de dentes ou próteses impróprias); e constipação intestinal devido à redução das motilidades gástrica e intestinal associada ao sedentarismo, muito comum em idosos por conseqüência indireta, principalmente, do "envelhecimento social" (aposentadoria). Além destes aspectos, pode ocorrer um permanente catabolismo protéico decorrente da carência dos hormônios essencialmente anabólicos: os estrógenos ou andrógenos. A disponibilidade de alimentos, presença de companhia às refeições, integração social, autoestima, estado de ânimo, representatividade social do indivíduo, grau de dependência aos autocuidados, capacidade cognitiva, condição e independência econômica, são outros fatores que também afetam os hábitos alimentares dos idosos em qualidade e quantidade, tornando a alimentação por vezes insuficiente ou excessiva e monótona. Em suma, todos estes aspectos citados podem interferir no apetite, no consumo, na digestão e na absorção dos nutrientes, refletindo em má nutrição, doença e, conseqüentemente, na alteração no estado nutricional do idoso.

No indivíduo em processo de envelhecimento, ocorre nítida diminuição do metabolismo de trabalho, pela relativa imobilidade que apresenta; e o cansaço se apresenta mais facilmente à medida que a idade aumenta. Assim, a alimentação deve ser proporcional a essa diminuição de trabalho, tendo o cuidado de suprir as necessidades e evitar os excessos, além de respeitar as características individuais e os hábitos alimentares de cada um, valorizando suas preferências e intolerâncias.

Certos erros e falhas alimentares prolongadas, repetidas durante várias gerações, são as causas principais de doenças e, ao fim de um certo tempo, as carências se manifestam. A situação agrava-se, estando a saúde por vezes definitivamente comprometida de modo irreversível. Nesse contexto, os efeitos da alimentação inadequada, tanto por excesso como por falta de nutrientes, é muito incidente na população idosa e se reflete num quadro latente de má nutrição (subnutrição ou excesso de peso), em maior ou menor grau. As doenças crônicas não-transmissíveis são as responsáveis pelo maior número de internações da população idosa. Doenças crônicas não-transmissíveis como a obesidade, *diabetes mellitus*, cardiopatias, dislipidemias e outras, também podem surgir, sendo necessário um acompanhamento dietoterápico como coadjuvante no tratamento médico. Desta forma, com o reconhecimento de que grande parte das doenças está ligada à alimentação, é que a Ciência da Nutrição vem sendo ainda mais valorizada.

Sendo assim, torna-se imprescindível que o nutricionista disponha de conhecimentos sobre as práticas e comportamentos alimentares próprios de sua clientela, seus componentes cognitivos, afetivos e situacionais, permitindo um melhor planejamento e estabelecimento de um adequado plano de educação nutricional.

Entende-se por comportamento alimentar todas as práticas relativas à alimentação do sujeito, tais como seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo efetivo dos alimentos. Já a prática alimentar engloba os procedimentos relacionados à preparação dos alimentos até o seu consumo propriamente dito. Nela está veiculada a subjetividade, incluindo a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar, a memória ambiental, e o momento e situação que perpassam esta experiência diária. Desta maneira, as práticas alimentares dos idosos tornam-se base fundamental para o planejamento das estratégias de ação para a educação nutricional, de forma que possam garantir aprendizagem e promover mudanças nos indivíduos componentes do grupo trabalhado.

Segundo a antropóloga Margareth Mead (*apud* Boog[2]) os hábitos alimentares se alteram, e existem fenômenos sociais que determinam tais mudanças. Por isso a grande necessidade de se valorizar as Ciên-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cias Sociais, a Antropologia, a Filosofia da Educação e as Teorias Pedagógicas que, associadas à Ciência da Nutrição, darão subsídios para se promover uma educação nutricional mais adequada às necessidades do grupo a que se destina.

A Educação Interdisciplinar

A educação é entendida como o binômio educar/ensinar, compreendendo um sentido de complexidade ao considerarmos que suas raízes encontram-se nas diversas ciências que envolvem o ser humano na sua totalidade, como Sociologia, Psicologia, Biologia e Filosofia. Isto se deve ao fato de que é entre estas disciplinas que se desenvolve uma teoria de valores que se reelaboram, criando uma situação educativa e orientando o desenvolvimento do homem. A educação deve ser um movimento de criação resultante da própria essência do conhecer[8].

Edgar Morin, um grande estudioso da educação para o futuro, do fenômeno da complexidade e da reforma do pensamento, defende a união das ciências e dos diversos saberes para que o educador possa reorganizar e solidarizar os conhecimentos e suas novas idéias. Assim, o processo educativo tem seu significado complexo dado pela interdisciplinaridade. Não podemos entender os fenômenos que ocorrem na vida de um ser humano de modo fragmentado, em partes isoladas, e sim interligando as partes de modo a obter uma somatória de saberes, que implicam no princípio da complexidade

Completando o raciocínio da complexidade do saber e da interdisciplinaridade, entende-se esta última como a troca de informações e de conhecimentos entre as disciplinas, transferindo métodos de uma disciplina para outras. Pela interdisciplinaridade pode-se alcançar um processo de interação entre as áreas de conhecimento promovendo a construção de novos níveis de saber. A educação interdisciplinar favorece o alargamento e a flexibilização dos conhecimentos, disponibilizando-os em novos horizontes do saber[24].

Além do desenvolvimento de novos saberes, a interdisciplinaridade na educação favorece novas formas de aproximação da realidade social e novas leituras das dimensões socioculturais das comunidades humanas. Assim, Fazenda[8] afirma: "A formação à interdisciplinaridade (como enunciadora de princípios) pela interdisciplinaridade (como indicadora de estratégias e procedimentos) e para a interdisciplinaridade (como indicadora de práticas na intervenção educativa) precisa ser realizada de forma concomitante e complementar."

Contudo, vale ressaltar que, na prática da interdisciplinaridade, torna-se inconcebível a negação dos velhos conhecimentos, substituindo-os pelos novos. Assim sendo, deve-se sempre partir do velho, num exercício da memória registro (escrita, impressa e/ou ordenada em livros, artigos, anotações, resumos, palestras, fotos e imagens) e a memória explicitada (falada, socializada, comunicada), contribuindo para a revisão conceitual e teórica da didática e da educação. O objetivo da didática e da pesquisa interdisciplinar é trabalhar com o "movimento estático" e com o dinâmico, dando corpo ao sonho de fundar uma obra de educação à luz da sabedoria, da coragem e da humildade[8].

A Interdisciplinaridade na Prática Pedagógica e o Envelhecimento

A interdisciplinaridade na prática pedagógica do trato com idosos, portanto, leva o nutricionista a tomar atitudes diferenciadas diante do conhecimento, de forma a promover mudanças por meio de uma revisão de paradigmas tradicionais incorporados por ele mesmo como educador. Desta forma, o educador deve se inserir neste processo de mudança de forma consciente e espontânea, buscando sempre a harmonia do ser humano em todos os aspectos que o integram: biológico, psicológico, sociológico, antropológico e espiritual. A interdisciplinaridade na prática pedagógica, portanto, é um processo que nos leva a uma busca constante de novos caminhos, a outras realidades, a novos desafios com ousadia no buscar e no construir[8].

Para que o idoso seja motivado a mudar seus hábitos alimentares deve haver uma forte razão, bem como uma abordagem humana. Além do mais, torna-se necessário conhecer os motivos da sua não-adesão à orientação nutricional, podendo ser uma razão não relacionada ao alimento, como, por exemplo, renda reduzida ou incapacidade de preparar seu próprio alimento[7].

O ambiente em que uma pessoa idosa vive é complexo e apresenta alterações conforme a maneira que ela vê seu papel na sociedade e que a sociedade ao seu redor a vê. As formas pelas quais cada indivíduo idoso reage a esta mudança de vida devem ser completamente entendidas para que uma orientação nutricional possa ser aceita. Os idosos não admitem

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

argumentações que impliquem alterações nos seus hábitos de vida, inclusive os de natureza alimentar. Uma vez, entretanto, que eles aceitem o fato de que a nutrição e alimentação adequada são essenciais para a manutenção ou recuperação da sua saúde, eles se tornam ávidos em aprender, visando a manterem-se saudáveis e independentes, o que pode, portanto, assegurar-lhes uma boa qualidade de vida[7].

Essas mudanças alimentares e nutricionais podem ocorrer não exigindo materiais didáticos muito elaborados, pautando-se somente na mudança de postura do educador firmada na observação minuciosa e constante de suas práticas e na reflexão sobre suas ações; buscando sempre novas técnicas que propiciem a construção individual e coletiva da aprendizagem.

Em todo o processo não se pode deixar de incluir um importante sentimento, que é a afetividade, sendo um atributo da prática interdisciplinar manifestada pelo diálogo entre educador e educandos, levando à intensidade e à aproximação nas relações, onde um se dispõe ao outro, percebe o outro, acolhe-o para juntos renascerem, reconstruírem, inovarem. Ranghetti[23] observa que "na ação de educar, a afetividade é o pigmento que regula a intensidade e a profundidade das ações dos sujeitos no processo educativo. Ela dá o brilho à uma relação pedagógica, desencadeando o convívio da razão com a emoção num movimento com a vida, do interior para o exterior do ser e vice-versa. Viver a afetividade na educação é propiciar um *locus* de magia e encantamento em meio à objetividade e à racionalidade da ciência, para que os sujeitos deste processo sintam-se instigados a participar em conjunto no desvelar do desconhecido".

O processo educativo, portanto, vai muito além da transmissão de conhecimento. O conhecimento em si não é transformador, porque a geração da consciência crítica não é automática. Ela consiste em um processo político de conquista, de construção, de criação[4]. Assim, o conhecimento trata-se de um saber a ser construído pelo próprio sujeito, de acordo com suas necessidades e possibilidades e, acima de tudo, exige a compreensão do outro, de seu mundo-vida. Assumir a condução do processo ensino-aprendizagem sob essa ótica demanda tempo e experiência para que se possa consolidar.

Compreende-se, desta forma, que o educador é, fundamentalmente, aquele que cria condições para desenvolver a consciência crítica do outro. Uma consciência voltada para análise de problemas, capaz de substituir explicações mágicas pela busca de princípios autênticos e de causalidade, e que assuma uma posição questionadora, fundamentada no diálogo. No processo ensino-aprendizagem, tanto o educador quanto o educando aprendem com a realidade, ambos estabelecem uma relação dialógica na qual se fazem sujeitos do processo[11].

Todo ser humano é dotado de conhecimento próprio, resultado de sua experiência de vida, e o respeito a esse saber é fundamental para o exercício didático. Deste modo, o educador deve assumir o trabalho educativo numa abordagem compreensiva, respeitando o saber do outro, trocando conhecimentos e aprendendo, não se colocando na posição de detentor do conhecimento. Isso possibilita o crescimento pessoal e profissional.

O papel do educador passa a ser aquele que responde e não aquele que pergunta, o que lança mão de improvisações. É aquele que não trabalha com receitas pré-estabelecidas, mas respeita o "saber-poder" "para agir" do próprio grupo, que imprime ao processo educativo a possibilidade de ser ele uma criação coletiva de um grupo de iguais pautada pela modificação da relação entre quem aprende e o saber existente, o que outorga um papel mais ativo ao sujeito da aprendizagem. Contudo, se por um lado o seu papel é muito valorizado, por outro, a competência é percebida mais como "dom" do que como habilidade a ser desenvolvida. O educador deve desenvolver sensibilidade, habilidade criativa, vivacidade, deve ser capaz de dar o exemplo e de criar um "clima" bom de relacionamento interpessoal; a estes atributos pode-se acrescentar curiosidade no seu sentido mais amplo, senso de humor e amor por aqueles que necessitem de assistência.

Aprender é, então, tematizar, construir, reconstruir, compartilhar e constatar para mudar. Assim, deve haver respeito à singularidade de cada pessoa, seu ritmo próprio do aprender, do transcender, o que comunga com a aprendizagem da ciência, que deve ocorrer num processo diário de desenvolvimento comum[4].

Pode-se assim vislumbrar, no trabalho educativo, possibilidades para a mudança de comportamento, de maneira que os indivíduos possam substituir os velhos hábitos por conhecimentos construídos a partir de sua implicação nesse processo.

Um outro grande aliado no processo ensino-aprendizagem é o saber ouvir. Em todos os processos educativos, deve-se construir uma relação de ajuda,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

firmada na confiança, num processo mútuo de conhecimento, dando ao outro a oportunidade de falar. Ouvir o outro significa dar-se ao outro, aprender com a sua experiência. E essa atitude torna-se muito valiosa quando trabalhamos com idosos, que muito têm a compartilhar de suas longas histórias de vida, mas que, geralmente, não têm a oportunidade de se expressarem e se fazerem ouvir. A escuta facilita o exercício da comunicação significativa entre indivíduos, coletividades e nações.

Segundo Freire[12], "não é falando ao outro de cima para baixo (...) como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, (...) fala com ele como sujeito da escuta de sua critica e não como objeto do seu discurso. O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, em uma fala com ele".

É na cumplicidade e no envolvimento sincero que será possível o ato libertador da educação. Essa cumplicidade enriquece ambas as partes, é uma forma de se renovar no próprio trabalho: o que era uma tarefa a mais a ser cumprida passa a servir para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Educação em Saúde e Educação Alimentar e/ou Nutricional

A partir da contextualização acima descrita acerca da educação e do processo ensino-aprendizagem pode-se voltar o olhar sobre uma de suas vertentes: a Educação em Saúde e a Educação Alimentar e/ou Nutricional.

A adoção oficial do termo Educação em Saúde deu-se em 1919, em convenção da Organização de Saúde da Criança da América, por Sally Luança Jean, enfermeira e diretora da referida entidade, que demonstrava preocupação com a necessidade existente de ações educativas integrarem os serviços de saúde[19].

Marcondes[14] define Educação em Saúde como o conjunto de atividades tendentes a influenciar ou a modificar conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos, visando a melhoria da saúde do indivíduo.

Para O'Neil[20], Educação em Saúde é um processo que visa a informar, motivar e ajudar a população a adotar e a manter práticas de vida sadia, a promover alterações no ambiente, facilitando, assim, a adoção de tais práticas.

Para Green, citado por Federman[9], "educação em saúde é qualquer combinação de experiências e aprendizagens destinadas a facilitar adaptações voluntárias de comportamento que conduzam à saúde; refere-se, ainda, ser um processo que cobre a lacuna entre a informação sobre saúde e a prática a ela referente, na medida que a educação motiva a pessoa na busca de informação, a qual pode mantê-la mais saudável, evitando ações nocivas e formando hábitos benéficos".

Também, de acordo com Pilon[22], Educação em Saúde é uma forma de promover o desenvolvimento do homem como um indivíduo e como parte de um ambiente complexo, incluindo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e físicos que compõem o cerne da existência.

Resumindo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em trabalho conjunto com a União Internacional para Educação em Saúde, define Educação em Saúde como a combinação de ações e experiências de aprendizagem planejadas com a finalidade de habilitar as pessoas a obterem controle sobre determinados comportamentos da saúde, assim como o estado de saúde das demais pessoas[27].

Desta forma, sendo a nutrição a ciência que tem como uma de suas competências a promoção da saúde, cabe ao profissional nutricionista utilizar a educação alimentar e/ou nutricional, para efetivá-la, levando conhecimentos tanto aos indivíduos isolados ou em grupos, quanto às populações, por meio de ações comunitárias e coletivas. Seu lema de trabalho pode ser traduzido pela frase, cunhada pela FAO (Food and Agriculture Organization) "Se você der um peixe a um homem, ele comerá uma vez; se você o ensinar a pescar, ele sempre terá o que comer".

A Educação Alimentar é apontada como estratégia de ação a ser adotada prioritariamente em Saúde Pública para conter o avanço da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis. A década de 1950 foi marcada por eventos significativos para a área. A primeira publicação da OMS que tratou especificamente da Educação Nutricional, datada de 1951, incentivou várias pesquisas voltadas a esta área da saúde, principalmente em países em desenvolvimento, que se concretizaram, no ano de 1951, em um livro de Jean A.S. Ritchie, *Buenos Hábitos em la Alimentación: Método par Inculcar-los al Publico*. Nesta

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mesma época, foi reunido um Comitê, formado por nutrólogos, antropólogos, psicólogos e educadores com o objetivo de partilhar conhecimentos e buscar métodos eficazes para modificar hábitos alimentares.

Com os avanços na concepção de Educação Nutricional, Bosley (*apud* Boog[2]) cita como objetivo da Educação Nutricional "ajudar os indivíduos a estabelecerem práticas e hábitos alimentares adequados às necessidades nutricionais do organismo e adaptadas ao padrão cultural e aos recursos alimentares da área em que vivem".

Este mesmo autor também enfatiza a figura do nutricionista como responsável técnico, e uma necessidade de resgatar a valorização dos aspectos culturais no processo educativo.

Jelliffe (*apud* Boog[2]) define educação nutricional como sendo "uma educação do público com vistas a uma melhoria geral do estado nutricional, principalmente, por meio da promoção de hábitos alimentares adequados, eliminação de práticas dietéticas insatisfatórias, introdução de melhores práticas de higiene da alimentação e uso mais eficiente dos recursos disponíveis".

Monteiro e col.[15] recomendam que se reserve "lugar de destaque a ações de educação em alimentação e nutrição que alcancem de modo eficaz todos os estratos econômicos da população".

A teoria e a prática em educação nutricional existem com a mesma finalidade, que é a de possibilitar ao ser humano assumir com plena consciência a responsabilidade pelos seus atos relacionados à alimentação. O educador em nutrição deve fortalecer os educandos para que eles passem a agir em relação aos alimentos e à alimentação de forma a prescindir, cada dia mais, das intervenções profissionais.

O Papel do Trabalho em Grupo na Educação Interdisciplinar e o Envelhecimento

Sabendo que os grupos de convivência entre idosos e os programas de educação e lazer para essa faixa etária desempenham um importante papel na promoção e na manutenção da qualidade de vida, além de contribuir para elevada auto-estima dos indivíduos numa sociedade (que ainda tem uma imagem negativa da velhice e do envelhecimento, supervalorizando o novo em detrimento da experiência acumulada), justifica-se a opção pelo trabalho em grupo. Além de suas atuações na promoção da saúde de idosos, cuja importância é valorizada na legislação, os programas de convivência e educação em saúde de forma coletiva, dirigidos a grupos de terceira idade, apresentam um importante papel ao reduzir a solidão, característica pessoal que, aliada à pobreza, agrava os problemas de saúde da velhice. Ao se trabalhar com grupos, propõe-se transformar os antigos processos educativos em um ambiente interativo, facilitador da aprendizagem, uma espécie de bolha no espaço-tempo que leve os idosos a navegar pelas histórias de vida, por suas lembranças e reminiscências, envolvendo os temas alimentação, nutrição e saúde.

Quando a natureza e o conteúdo do trabalho desenvolvido em grupo se adaptam aos interesses dos participantes, imprime-se ao processo educativo uma relação de troca, na qual o companheirismo, facilitado entre os pares, permite que seja superada a dicotomia educador-aluno em direção à experimentação da interação baseada em conteúdos práticos para a vida.

Rogers[25] define grupos de encontro da seguinte forma: "consistem, habitualmente, num pequeno grupo de pessoas em que, com um 'facilitador' ou líder, num clima de liberdade de expressão, cada participante é encorajado a deixar cair as suas defesas e fachadas e a relacionar-se mais aberta e diretamente com os outros".

Para Carl Rogers[25], a experiência fundamental do grupo consiste "num encontro básico, com relações imediatas, de pessoa a pessoa", onde se acentuam valores que se manifestam espontaneamente, expressados nos sentimentos, na solidariedade etc.

Este mesmo autor considera os grupos a invenção social mais potente e rapidamente difundida deste século. Devendo sempre se criar um clima de suficiente facilitação, propiciando o desenvolvimento das potencialidades de cada um (facilitador e participantes do grupo).

No trabalho em grupo, utiliza-se freqüentemente a "dinâmica" que diz respeito à ação de forças mentais, no caso, à existência de fantasias inconscientes individuais e coletivas, as ansiedades e as concomitantes defesas mobilizadas, que permanentemente influenciam em grau variável e até mesmo modificam os propósitos lógicos e racionais da aprendizagem dos alunos nas reuniões e atividades em grupo. Tais fantasias inconscientes individuais e de grupo surgem,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

se organizam e funcionam mediante sucessivas projeções e introjeções entre todos os participantes.

O verdadeiro aprendizado, sob a visão interdisciplinar, realizado por meio de sucessivas projeções e introjeções, implica sempre em uma modificação no participante do grupo em relação ao seu passado, promovendo um intenso envolvimento emocional, em conseqüência de sua maior exposição a uma gama de ansiedades e lembranças.

Por meio do trabalho de grupo os indivíduos podem se perceber pertencentes a um meio, a uma família ou a uma comunidade, possibilitando a criação de novos caminhos, aspectos essenciais para o segmento idoso. Este trabalho pode levá-los à compreensão de fatos e acontecimentos que vão se elaborando no transcorrer das reuniões. Trabalhar com grupos, portanto, favorece o crescimento dos participantes e também do coordenador (que é o educador nutricionista), além de propiciar novas adaptações e mudanças geradas pela crítica reflexiva de novas oportunidades.

Pelas trocas de experiências e compreensão dos processos trabalhados, os indivíduos participantes do grupo se desenvolvem, trazendo à tona toda sua vivência e história, entendendo seu passado, suas dores, suas doces lembranças e também seus desejos novos ou velhos.

O Papel do Nutricionista Diante do Processo de Envelhecimento sob a Visão Interdisciplinar da Gerontologia

O profissional nutricionista, portanto, é aquele que atua como tradutor da Ciência da Nutrição para a execução de uma alimentação adequada aos indivíduos, oferecendo assistência durante o planejamento, a implementação e a orientação da alimentação de forma cuidadosa e específica, procurando atender a todas estas características próprias do envelhecimento e singulares a cada indivíduo. Para tanto, o nutricionista lança mão, em diferentes situações, do uso específico de suas habilidades, levando sempre em consideração o indivíduo em sua totalidade sob os aspectos biopsicosocioculturais; devendo integrar a equipe de saúde, colaborando com seus conhecimentos e recursos próprios, observando sempre os preceitos éticos e legais do exercício profissional. Cabe salientar, ainda, a importante atuação deste profissional no que se refere à promoção de corretas práticas alimentares no intuito de diminuir o elevado número de internações de idosos, minimizando custos e favorecendo melhores condições de vida e de saúde a esta parcela da população. Assim sendo, no mundo atual e globalizado é de fundamental importância que esse profissional seja um educador e especializado em Gerontologia para atuar com a população em processo de envelhecimento, necessitando ser ampla e devidamente reconhecido por todos os profissionais da área da saúde, a fim de tratar holisticamente o indivíduo-paciente.

O Nutricionista como Educador Diante da Saúde do Idoso

Os idosos mostram-se ansiosos quanto à sua segurança, saúde e relações familiares. Não aprendem tão rapidamente, nem retêm as informações recebidas como as pessoas jovens e, portanto, a atuação de um profissional devidamente sensível, treinado e capacitado deve ser direcionada a estas características. Sendo assim, torna-se importante, incorporar mudanças em uma prática alimentar já estabelecida, visando corrigi-las em vez de planejar uma dieta completamente nova, devendo o nutricionista agir como.um educador, ou facilitador, que capacite o idoso a fazer o melhor uso possível das capacidades remanescentes, a tomar suas próprias decisões e lhe assegure uma conscientização de alternativas realísticas quanto à sua adequada prática alimentar.

O educador nutricionista (coordenador ou líder do grupo) deve ter sensibilidade suficiente para perceber que não persistir na perpetuação de uma postura que prioriza apenas a transmissão de conteúdos propostos previamente e externamente ao contexto da realidade do grupo com o qual se vai trabalhar proporciona resultados satisfatórios para todos, devendo ser esta a conduta daqueles que se propõem a oferecer as suas competências técnicas em grupos da terceira idade.

Além disso, propor-se a uma reflexão constante e crítica do próprio trabalho é conduta de um educador habilidoso na leitura das necessidades e desejos expressos pelos componentes do grupo, o que acrescenta intervenções adequadas no processo ensino-aprendizagem. A lógica do fazer só se sustenta se os desafios resultantes da prática, revista e redirecionada, estiverem abertos para contemplar, sempre a reconstrução do conhecimento num projeto de promoção do ser humano no processo de resgate e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

atualização do seu saber. Assim, qualquer pessoa, independentemente de sua idade, pode aprender, desde que lhes sejam oferecidas oportunidades para tal.

Quando se facilita o acesso às pessoas, independentemente do local de moradia e do nível socioeconômico e cultural de cada uma, todas podem acorrer às situações propiciadoras de convivência e aprendizagem num espaço que instiga o desenvolvimento da capacidade individual. Oferecer um elenco de atividades que contemple desde a pessoa que aspira aprender a se alimentar corretamente, até aquela que já tem muitos conhecimentos sobre alimentação e nutrição, mas anseia por novas aprendizagens, é facilitar a emergência do prazer pela convivência, pela troca de informações e experiências, num ambiente promotor de ensino, aprendizagem e entretenimento.

Propiciar aos idosos o investimento nas próprias potencialidades em direção a um envelhecimento saudável é permitir que o sentido de liberdade, expresso nas sensações dos afetos e dos desejos, possa emergir nas oportunidades possibilitadoras do livre pensamento e da livre escolha das atividades. Aí reside o papel do educador-cidadão: fazer com que sua ação seja revestida de um compromisso individual e coletivo que implica, inclusive, deixar transparecer seus afetos para que os sentimentos sejam realmente vividos, o que imprime ao processo educativo uma relação de proximidade favorecida pelo diálogo, para que todos se reconheçam como sujeitos que caminham juntos para a construção de uma história na qual impere a justiça, a solidariedade, a igualdade e a dignidade.

Considerações Finais

Retomando os conceitos já citados, entendemos que a educação é um processo fundamental para que o indivíduo, além de adquirir conhecimentos, cultura, princípios e normas de ação, desempenhe seu papel na família e na sociedade, reconhecendo-se como cidadão consciente de suas responsabilidades e de seus direitos. A educação como processo formal não termina quando a profissão está definida e o indivíduo inserido no campo profissional. Daí estas questões não poderem ser vistas apenas sob um ângulo técnico ou biológico, obtendo assim a necessidade de um profissional com visão interdisciplinar.

Nessa visão, a educação deve envolver, necessariamente, concepções filosóficas, políticas, econômicas e pedagógicas integradas e voltadas para os interesses e necessidades da clientela. Isso significa, em síntese, uma prática comprometida com a construção de uma sociedade na qual o conhecimento pode ser compartilhado entre todos, e as pessoas idosas, nossa população-alvo, renovam seus valores, atitudes e comportamentos, num processo de socialização permanente.

O grande poder de adaptação que mobiliza o ser humano a ir, na velhice, ao encontro das perspectivas que acredita serem promotoras do seu bem-estar, deve sustentar a prática pedagógica, a qual, ao priorizar a relação de intercâmbio de idéias, estará implementando uma metodologia que permite o exercício da discussão, da escolha e do planejamento de atividades.

Medidas que alcancem não só o nível individual, mas, principalmente coletivo se tornam necessárias. As atividades de educação em saúde, associadas a outras medidas, podem melhorar a qualidade de vida da comunidade.

E, para que o tratamento obtenha o sucesso desejado, o idoso deverá estar ciente da grande importância de uma alimentação adequada e do seu significado, garantindo interação efetiva e evitando seu eventual abandono. Assim, a reeducação alimentar é tida como um aspecto relevante para a obtenção do êxito no controle da saúde e do autocuidado[21].

Esta população idosa, entretanto, não é homogênea e não se pode fazer afirmações gerais sobre ela. Cada idoso é singular e o profissional da saúde deve evitar a estereotipação e ser muito consciencioso. Falar do processo ensino-aprendizagem com uma clientela específica como a terceira idade é, em primeiro lugar, valorizar nessas pessoas a história de um mundo próprio criado pelo tempo de uma vida inteira.

Entretanto, considerando que a nutrição é a base sobre a qual se desenvolvem todos os processos fisiológicos e patológicos, que nenhum fenômeno orgânico normal ou anormal ocorre sem que haja um componente nutricional envolvido e, ainda, que o papel primordial da nutrição é o da promoção, da manutenção e da recuperação da saúde, cabe ao nutricionista intervir de maneira eficiente e eficaz por meio de ações e condutas adequadas ao cuidado com a saúde da população e ao desenvolvimento do autocuidado.

O programa de educação nutricional, portanto, deverá possibilitar ao idoso assumir com plena consciência a responsabilidade pelos seus atos relacionados à alimentação. A educação nutricional deve ser

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

conscientizadora e libertadora, por isso deve buscar justamente a autonomia do educando, baseando-se na perspectiva interdisciplinar da Gerontologia.

As conceituações sobre educação em saúde evidenciam um objetivo comum: a mudança de hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em indivíduos, grupos e coletividades.

Acredita-se ser pela aprendizagem de novas formas de relacionamento e de participação que se reconhecerá que aqueles que envelhecem são patrimônio cultural da sociedade em que vivem. Dessa forma, sua cultura, seus valores e suas experiências poderão ser preservados. Sendo assim, o processo educativo deve ter por objetivo trabalhar o processo de envelhecimento nos seus aspectos individuais, sociais e políticos.

Como conseqüência, o sujeito da educação, sendo protagonista do seu próprio processo de aprendizagem, estará sempre motivado para procurar alcançar, progressivamente, os objetivos propostos e a se projetar para o futuro. Esta perspectiva exige, contudo, uma prática metodológica aberta às inovações e pautada na necessidade e na vontade de aprender demonstrada pelos idosos.

Referências Bibliográficas

1. Ahmed FE. Effect nutrition on the health of the elderly. J. Am. Diet. Assoc.; 1992; 92:1102.
2. Boog MCF. Educação Nutricional: passado, presente, futuro. Rev. Nutrição; 1997; 10 (1):5.
3. Campos MTFS, Resende JB, Ornelas APR de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev. Nutri; 2000; 13 (3): 157.
4. Demo P. Pesquisa: princípios cientifico e educativo. 5 ed. São Paulo: Cortez; 1997.
5. Destéfani IG. Envelhecer com dignidade. São Paulo: Loyola; 2000.
6. Dios Sanz JJ, Fernández Estívariz C, Olmo Garcia D, Charlton KE. The nutrient intake of elderly men living alone and their attitudes towards nutrition educacion. J. Hum. Nutr. Diet; 1997; 10:343-52.
7. Duarte ALN, Nascimento ML. Condutas dietéticas. In: Papaleo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 262.
8. Fazenda ICA. Dicionário em reconstrução: interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2001.
9. Federmann M. Conhecimentos e práticas alimentares de indivíduos diabéticos não-insulinodependentes. Dissertação (Saúde Pública) Universidade de São Paulo. São Paulo; 1994.
10. Freitas EV et al.Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
11. Freire P. Pedagogia do oprimido. 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à pratica educativa. 8 ed. São Paulo: Paz e Terra;1998.
13. Mcgee M, Jensen G. Nutrition in the elderly. Jour. of Clin. Gastroen; 2000; 30 (4).
14. Marcondes RS. Educação sanitária em nível nacional. Tese (Saúde Pública) Universidade de São Paulo. São Paulo; 1964.
15. Monteiro et al. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC; 1995.
16. Morin E. Para sair do século XX. Tradução: Vera A. Harvey. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
17. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução: Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO; 2001.
18. Morin E, Kern AB. Terra Pátria. 2 ed. Porto Alegre: Sulina; 1995.
19. Neves C. Uma nova dimensão na formação das pessoas. Rev. Treinamento e Desenvolvimento; 1994; 2(18):22.
20. O'Neill M. La modification de comportament reliés a la santé. Un. Méd. Can; 1980;109: 733.
21. Pierin MG, Car M. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Rev. Escola Enfermagem, USP; 1992;26 (1):.17.
22. Pilon AF. Educação, saúde e vivencia. Rev. Bras. de Saúde Escolar; 1990; 1: 27.
23. Ranghetti DS. Afetividade. In: Fazenda ICA. Dicionário em construção: interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2001.
24. Rodrigues ML. Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo a injunções lineares. Rev. Kairós: Gerontologia. Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento. Programa de Estudos Pós Graduados em Gerontologia – PUC-SP; 2000; 3(3).
25. Rogers CR. Grupos de encontro. Tradução de Joaquim L. Proença. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1978.
26. Sahyoun NR. Nutrition education for the healthy elderly population: Isn't it time? J Nutr Educ Behav; 2002; 34 (1): S42-7.
27. Tolsma D. Meeting global healthchallenges. Hyigien; 1991; 10:27.
28. World Health Organization. Health of elderly: background document. Geneva; 1995. (WHO/HPR/HEE/95.1).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

38 A Comunicação na Longevidade: Aspectos Fonoaudiológicos em Gerontologia

Luciana Bertachini

Introdução

Iniciar uma reflexão que protagonize a comunicação na longevidade nos convida a buscarmos um entendimento mais cuidadoso sobre o processo de envelhecimento e suas representações nas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. É verdadeiro e necessário reconhecermos que o envelhecimento gera demandas complexas que exigem cuidados diferenciados. Mas também não seria justo afirmarmos que estas demandas específicas, derivadas das modificações biológicas e funcionais típicas da senescência, evoluam para a construção de um modelo deficitário do envelhecimento nos contextos familiar e sociocultural, comprometendo as possibilidades e habilidades comunicativas dos idosos e limitando totalmente suas chances de integração social.

A natureza diferenciada do envelhecimento não exclui a importância da comunicação no seu sentido mais amplo. Se alisarmos a comunicação na longevidade com atenção para o fato de que muitas manifestações verbais e não-verbais traduzem as condições emocionais, psíquicas, comportamentais, cognitivas e físicas dos idosos, talvez muitas das condutas diagnósticas e abordagens terapêuticas sofressem modificações significativas no sentido de desvincular, pessoa idosa de doença, idade avançada de incapacidades e velhice de isolamento. Compreender um pouco mais sobre a comunicação no processo de envelhecimento nos ajudará a "interpretar" o idoso na sua naturalidade de expressões física e emocional e, por assim dizer, na sua multidimensionaliade humana.

Importância da Comunicação na Velhice

Comunicar é partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, idéias e desejos, por meio de códigos comuns, sendo a linguagem falada a mais utilizada universalmente. Isso responde à necessidade de integração social do homem, na busca constante e infinita de experiências e conquistas. Esta capacidade, presente ao longo de toda a vida, é inerente ao ser humano, o diferencia de outras espécies, e é essencial à sua vida em sociedade. O processo de comunicação é dinâmico e enriquecido pela heterogeneidade de suas manifestações verbais e não-verbais.

Entendemos que este "olhar" sobre a dimensão comunicativa do idoso favorece a compreensão e principalmente a interpretação de diferentes recursos comunicativos que constantemente lançam importantes sinais para estabelecermos um bom contato relacional com o idoso, gerando reflexos positivos para o aperfeiçoamento e a qualificação da abordagem interdisciplinar no "cuidado gerontológico". Este cuidado relaciona-se com a Fonoaudiologia, que é o campo de conhecimento das áreas de comunicação e saúde que incorpora aos seus conhecimentos espe-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cíficos aqueles especializados relacionados ao processo de envelhecimento para estabelecer, junto ao idoso e ao seu entorno, as condições que permitam, entre outras, a adoção de recursos comunicativos que sejam apropriados e melhor adaptados às suas necessidades, e também para maximizar sua autonomia, preservando pelo maior tempo possível sua independência por meio do resgate das "reservas funcionais", que são essenciais para uma melhor qualidade de vida no envelhecimento.

Importância da Linguagem na Comunicação com o Idoso

A organização de uma atenção dirigida ao potencial comunicativo do idoso pode ser denominada "gestão ou gerenciamento do cuidado", que, de maneira simples, significa o monitoramento ou a sensibilização contínua para uma "leitura das manifestações" de intenções comunicativas do idoso, atribuindo significados que reforcem sua identidade existencial e sua dignidade em diferentes contextos e condições de saúde, desde o idoso saudável ao idoso fragilizado ou que esteja fora de condições terapêuticas em cuidados paliativos. Gerenciar o cuidado do idoso exige do profissional, conhecimento técnico assistencial, administrativo, capacidade em técnicas de resolução de problemas, espírito de equipe, e, sobretudo *facilidade de comunicação* com outras pessoas para a eficiência de sua cooperação e flexibilidade[13].

Parece simplista dizer que o cuidado gerontológico compreende diversos atores: idoso, família, cuidador, comunidade, equipes de saúde, que atuam de forma inter-relacionada no desempenho das atividades de atenção às demandas identificadas através das relações interpessoais. A questão central reside em indagar que importância que atribuímos à linguagem nas relações de comunicação, posto que a linguagem pode ser definida como toda forma de comunicação que obedece a um código.

O avanço da expectativa de vida saudável gera perspectivas de desenvolvimento para a fase tardia do ciclo de vida, o que significa que o perfil biopsicossocial do ser humano passa a exigir novos enfoques culturais e sociais. Torna-se necessária a compreensão do envelhecimento e a promoção das condições de capacitação física e mental do idoso para que este possa cumprir suas tarefas sociais e culturais, legitimando sua condição de cidadão, incluindo-se nas diversas instâncias da sociedade civil e, sobretudo, superando o modelo deficitário do desenvolvimento mental na terceira idade.

O idoso constitui sua linguagem ao longo da vida, por meio de experiências, vivências, aprendizados, relações, emoções, sentimentos e conhecimentos, entre outras "aprendizagens de desenvolvimento humano", que somam, na sua biografia, a experiência de novas habilidades comunicativas que são descobertas no próprio processo do envelhecimento. Estamos falando de um contexto de mudanças na linguagem do idoso que não coincide necessariamente com o potencial da perda de suas "reservas orgânicas e funcionais". Estas mudanças da linguagem requerem a aquisição e a manutenção da linguagem falada e, entre outros aspectos, destaca-se uma perfeita audição: "ouvir a linguagem por determinado tempo é essencial para ultimar o seu uso". A comunicação por meio da linguagem falada tem característica própria e sofre transformações nas diferentes fases da vida humana.

Contribuição da Fonoaudiologia

A contribuição da Fonoaudiologia neste contexto reside na possibilidade de compreender os fenômenos e transformações que ocorrem *na* linguagem ou *através dela*, nesta fase da vida, de forma a atender às necessidades e aspectos específicos da comunicação do idoso. No presente texto, o enfoque é dado a três questões centrais: *A linguagem muda com o envelhecimento ou passa por transformações? Como a voz e a audição se comportam no processo do envelhecimento? Quais as possibilidades de reabilitação que o fonoaudiólogo promove neste contexto de transformações?* Certamente, não temos a pretensão de esgotar tais temas, mas buscamos fazer algumas reflexões sobre o funcionamento e os cuidados que podem ser tomados para que o discurso comunicativo ocorra de forma natural durante toda a vida humana.

O discurso comunicativo tem como uma de suas intenções minimizar os conflitos inerentes aos processos relacionais que constituem nosso "cotidiano"; ele se apresenta como uma proposta de *aperfeiçoamento dos discursos* sobre o conhecimento ou sobre as relações sociais e interpessoais. Trata-se de um universo amplo e dinâmico, principalmente quando queremos compreender a longevidade neste contexto complexo e, por vezes, insondável. O princípio da comunicação envolve o estudo sociocultural da organização social e humana sob o enfoque da linguagem

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

intersubjetiva e do cotidiano como norteadores de todos os projetos a serem constituídos e implementados. Isto significa que o poder da argumentação e da participação igualitária de todos na composição das identidades são meios primeiros e últimos para a construção do universo das possibilidades comunicativas[9]. Neste sentido é importante estudarmos "como" o idoso constitui sua *representatividade social através de sua linguagem*.

A linguagem do envelhecer postula que a comunicação efetiva ou o sucesso comunicativo não dependem apenas da habilidade individual, mas, também, dos contextos interpessoal, ambiental ou situacional, nos quais a comunicação deve fluir com naturalidade. Pesquisas no campo da psicolingüística exclamam a importância da interferência social sobre a performance lingüística do idoso, destacando em especial o distanciamento que ocorre entre as gerações. Estudos que compararam a performance comunicativa de idosos com adultos jovens por meio de baterias de testes apontaram não somente para a existência de diferenças significativas na competência e desempenho lingüístico do idoso, mas também para um declínio em seu desempenho. Entretanto, Tubero[38] aponta que existem mudanças qualitativas e quantitativas que não significam necessariamente declínio de múltiplas competências ou patologias. Embora os adultos tenham um melhor desempenho comunicativo em ambientes de moderada exigência e recebendo o devido apoio, eles freqüentemente se encontram em ambientes de subestimulação ou, nos termos da sociopragmática, de privação de comunicação.

A não-valorização do idoso, marcado pela imagem estereotipada que se faz da velhice, aumenta o sentimento de inutilidade e pode acentuar o declínio de suas competências relacionadas com as condições de autonomia e independência. Para muitos, a própria imagem está ligada ao trabalho. Com a aposentadoria, se perde não só o trabalho, mas o ambiente dos colaboradores; há o sentimento de não se considerar necessário aos outros, enfim, chega-se à dependência. Este abandono gradual de papéis faz surgir no idoso uma ânsia de ser útil e frustra-o em sua necessidade de estima pessoal[3]. A percepção da sociedade pode se cristalizar em atitudes pré-determinadas e preconceituosas sobre os idosos, com reflexos diretos na sua comunicação, muitas vezes condenando-os ao silêncio. Ao observarmos a relação de reciprocidade da comunicação com o ambiente, notamos que, se o ambiente pouco ou nada exige ou se, ao contrário, exige extremamente do idoso, seu desempenho será ruim. Além disso, quando avaliado, o idoso poderá responder a tarefas geralmente muito distintas e distantes de seu cotidiano, que obviamente vão interferir em seu desempenho.

Desempenho do Idoso nos Testes de Avaliação da Linguagem

Tubero[37] destaca três aspectos, os quais devem ser necessariamente considerados ao interpretarmos os baixos resultados obtidos por idosos em testes de avaliação de linguagem, ou melhor, para não considerarmos como baixos ou patológicos seus resultados em atividades ou tarefas lingüísticas, prejudicadas por mudanças associadas à idade que interferem na qualidade das respostas, são eles:

1. diminuição da acuidade e habilidades perceptuais auditivas;
2. redução da velocidade de processamento;
3. memória.

Devemos considerar ainda, outras variáveis que influenciam no desempenho lingüístico dos idosos nos testes de linguagem, como a pouca familiaridade do idoso com o teste ou tipo de prova, a falta de motivação para responder ao teste, o medo de errar ou falhar, o possível desconforto com a "incapacidade", o desafio de provar que ainda sabe mediante um árido contexto estereotipado e previamente estabelecido em que o idoso é visto como uma pessoa que apresenta constantes declínios e perdas de competências orgânicas e funcionais. Outros aspectos que se somam à desvantagem de desempenho do idoso estão relacionados à simples presença de um examinador muitos anos mais jovem que ele, e de ter que realizar as mesmas tarefas num mesmo período de tempo que os indivíduos mais jovens, porém com instrumentos menos precisos: *déficits* auditivos e visuais que dificultam a capacidade atencional.

Na avaliação e mesmo no tratamento de pessoas idosas, devemos levar em conta que estas podem ter recursos que talvez reduzam o impacto de sua doença ou dificuldades associadas à idade que exacerbem os problemas funcionais relacionados à doença. O pesquisador Lubinski[26] destaca três princípios que orientam a compreensão da linguagem no envelhecimento:

1. heterogeneidade cognitiva e lingüística;
2. competência lingüística do idoso;
3. ambiente e contexto comunicativos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O primeiro princípio trata da heterogeneidade entre idosos em seu desempenho cognitivo e lingüístico. A história de vida de um idoso, sua "biografia existencial e constitutiva", sua herança genética e vulnerabilidade à doenças associadas a idade e às mudanças ambientais vão delineando as diferenças individuais e os traços de personalidade que se acentuam no envelhecimento. Estudos comparativos na literatura entre grupos de idosos e de jovens focalizaram as diferenças entre os referidos grupos sem, contudo, considerar a grande variabilidade existente no interior de cada grupo, ou seja, a "história individual" dos sujeitos. Apesar das porcentagens falarem a favor dos jovens, um considerável número de idosos saudáveis invariavelmente ultrapassaram a performance do grupo jovem. A heterogeneidade é um desafio a ser pesquisado.

Parece lícito pensar que exista relevância de resultados dentro de um mesmo grupo de idosos, destacando-se três diferentes níveis:

1. *envelhecimento saudável* (com pouco ou nenhum declínio – preservação das reservas funcionais);
2. *envelhecimento padrão ou esperado* (com um declínio médio na performance em algumas competências ou áreas);
3. *envelhecimento patológico* (com declínio substancial associado a doenças incapacitantes e crônico-degenerativas, muitas delas inerentes ao envelhecimento fragilizado).

Com base nesta abordagem, poderíamos considerar a hipótese de uma melhor identificação dos fatores que determinariam uma mudança na trajetória de vida dos idosos, de um envelhecimento debilitado para um envelhecimento saudável.

A maioria dos dados disponíveis a respeito de linguagem em idosos deriva de testes para a avaliação lingüístico-cognitiva criados em situações artificiais. São testes sensíveis à idade, embora de maneiras diversas; alguns deles compõem-se em provas em que o efeito da escolaridade (ou socioprofissional) é mais evidente, particularmente as que envolvem escrita e cálculo. No entanto, poucos informam sobre a maneira como o idoso se comporta na vida cotidiana, considerando o universo de suas vivências e significados. A principal crítica feita a esses testes é o fato de se referirem à coleta transversal de dados e mesclarem dados socioculturais (já que dificilmente se consegue seleção homogênea de população), que tornam difícil a interpretação dos resultados.

Outra questão é o fato de se basearem na dicotomia: teste verbais (hemisfério esquerdo do cérebro) e não-verbais, espaciais (hemisfério direito). Em geral, são os mesmos testes utilizados para avaliar a linguagem de idosos com seqüelas decorrentes de acidentes vasculares encefálicos, não tendo sido ainda proposto teste específico para a avaliação de idosos que evidenciem suas condições lingüístico-cognitivas. As escalas de independência utilizadas para detectar a população com demência atestam a importância que vem sendo dada às atividades da vida cotidiana como indicadores de competência cognitiva. Mansur e Viúde[27] acrescentam que as habilidades comunicativas estão entre essas atividades que, por serem resistentes ao envelhecimento, podem ter suas alterações como indicadoras de processos patológicos demenciais. Por isso, mais que o resultado quantitativo tipo certo/errado, faz-se de suma importância a análise dos resultados qualitativos da comunicação, no sentido de detectar pré-requisitos e componentes preservados, *déficits* e estratégias compensatórias (o indivíduo que não é capaz de nomear um objeto, mas pode descrevê-lo nas suas características funcionais, apesar do *déficit* de acesso à forma lexical, preserva ainda a forma de repensar o objeto).

O segundo princípio refere-se à competência lingüística do idoso, ou seja, à linguagem adquirida durante a vida. As mudanças da competência lingüística do idoso são mínimas, embora em algumas áreas as alterações sensoriais e cognitivas associadas à idade levem a uma performance lingüística marcadamente diferente para grupos etários. Através de sua história de vida, profissional, familiar, cultural, afetiva e de muitas experiências diante das exigências do meio social e dos desafios da comunicação, que o idoso consegue manter e sofisticar seu conhecimento lingüístico e pragmático adquirido desde a adolescência. Muita da aquisição de linguagem do adulto é desenvolvida dentro de contextos, e não formalmente aprendida. O trabalho ou as relações sociais exigem do adulto que ele desenvolva e use um determinado registro, estilo ou "perfil" de fala.

Assumimos "papéis comunicativos" diferentes ao longo da nossa vida, que se ajustaram em diversas situações e relacionamentos interpessoais. Falar ao telefone, por exemplo, exige uma estimativa do comportamento do interlocutor, posto que o único canal é o auditivo, impedindo a leitura das reações não-verbais. As artes cênicas exigem habilidades lingüísticas específicas, por que a atuação teatral representa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

um texto decorado, manifestando de maneira espontânea inúmeras reações verbais e não-verbais como se fossem naturais. Neste universo de sofisticação das competências lingüísticas, a voz ganha ênfase quando representa a expressão mais forte da personalidade, das intenções, dos desejos e da condição emocional do falante. O "sentido" nem sempre está inerente ao enunciado. Estes exemplos apontam para o aperfeiçoamento da competência lingüística do adulto, com registros especiais que são desenvolvidos e refinados na vida adulta e não se perdem no envelhecimento.

O terceiro princípio reforça a importância de que não é possível ignorarmos o contexto social no qual a linguagem funciona; a comunicação "eficiente" não depende somente da habilidade individual, posto que ela sofre interferências das situações interpessoal e ambiental onde a comunicação é ultimada pelo seu uso.

"A linguagem muda com a idade, porém não se torna necessariamente patológica."

Aspectos Específicos da Comunicação na Senescência

A reflexão que faremos a seguir discute aspectos específicos da comunicação na senescência. Estudos sobre a fluência da produção da fala apontam que as interjeições, hesitações e correções de sílabas ou palavras aumentam com a idade. São episódios que rompem a *fluência da fala*, e que podem resultar tanto da dificuldade no acesso lexical, que popularmente traduzimos pela expressão "não consigo lembrar o nome", como também pela própria dinâmica da conversação, a autodesvalorização do idoso diante do interlocutor (caso seja um examinador, e mais jovem, como dissemos antes), quando o idoso hesita pela insegurança de identificar-se com a imagem de "mau falante".

Quanto ao *vocabulário*, muitas pesquisas concluíram que não declina com a idade, especialmente em pesquisas com bom controle sobre o nível de escolaridade dos sujeitos avaliados. No entanto, sabemos que existe a dificuldade de *acesso lexical* no envelhecimento, de não encontrar a palavra certa no momento certo. Essa dificuldade tornou-se uma das maiores "marcas" em relação à linguagem do idoso: muitos jovens, ao se esquecerem de um nome, expressam frases como: "não lembro, estou ficando velho", que invariavelmente acabam associadas à imagem da "velhice".

A dificuldade de *acesso lexical* nada teria de patológica, sendo diferente da anomia muito presente nos discurso de idosos com afasia, uma vez que os idosos saudáveis têm acesso a traços do som e da ortografia da palavra que permanece na "ponta da língua" e que recuperada posteriormente. Tubero[37], lembra que além das provas de nomeação, o vocabulário também é avaliado por provas de *fluência verbal (Verbal Fluency Categories)*[10]. Tais provas avaliam a capacidade de busca e de recuperação de dados estabelecidos na memória de longa duração, a organização, a auto-regulação e a memória operacional.

É de praxe em nosso meio o uso da categoria "animais". Pede-se ao idoso para que, num intervalo de sessenta segundos, recorde dos nomes de tantos animais ou "bichos" quanto puder. O tempo deve ser cronometrado, embora isso possa gerar uma profunda ansiedade no avaliado. O escore é correspondente ao número de nomes de animais lembrados. Não são pontuadas palavras repetidas, redundâncias (por exemplo: gato branco, gato amarelo) e flexões de gênero (por exemplo: pato, pata).

A *velocidade de processamento* é fator determinante da qualidade da performance do idoso nessa prova: respostas lentas, baixa fluência, desempenho ruim. Os estudos sobre sintaxe referem que a competência sintática parece permanecer fortemente conservada nos idosos. No entanto, estudos utilizando estruturas gramaticais complexas mostram uma redução no uso dessas estruturas. Importante ressaltar que a maioria dos estudos que demonstraram alterações da sintaxe associadas ao envelhecimento freqüentemente exigem um bom nível de processamento sensorial e de memória. A função cognitiva mais amplamente estudada é a *memória*. Isto porque é fato que o declínio desta função é uma das maiores preocupações referidas por idosos. Além disso, o prejuízo de memória é um dos critérios fundamentais para o diagnóstico de síndromes demenciais, como a doença de Alzheimer[33].

Modelos Teóricos de Memória

Vários modelos teóricos sobre o funcionamento da memória são encontrados na literatura. Optando-se por três deles, destacam-se: memória sensorial, de curto prazo e de longo prazo. Em linhas gerais, a *memória sensorial* é a responsável pelo armazenamento inicial e breve dos estímulos externos; a *memória de curto prazo* é a responsável pelo armazenamento de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

eventos ou de informações seriadas, que aprendemos para poder imediatamente evocar, e a *memória de longo prazo* é estruturada por dois mecanismos: a codificação e a recuperação. A codificação é o modo como o evento é classificado para que ocorra o armazenamento, e na recuperação evoca-se o evento que foi codificado.

O processo de codificação é pouco afetado nos idosos com até 75 anos de idade, ocorrendo, após este período, um decréscimo na capacidade de gerar estratégias de codificação de forma espontânea[8]. A evocação sofre impacto maior, com freqüente queixa de idosos em lembrar acontecimentos ocorridos há algumas horas ou vários meses.

Em relação ao *nível discursivo,* são poucas as pesquisas que enfatizam especificamente o discurso e a conversação do idoso. As alterações visuais e auditivas, assim como os distúrbios de memória, comprometem a conversação tanto em grupo, quanto entre apenas dois interlocutores. Conseguir acompanhar a conversa e *discriminar* ou *lembrar* qual interlocutor disse que enunciado é tarefa, às vezes, penosa para o idoso com dificuldades sensoriais. Alguns estudos sugerem que a característica do *discurso* do idoso como sendo exagerado ou com loquacidade (verborragia) é geralmente justificada pela solidão e pela carência de interações sociais que o acometem.

Outros estudos contestam estas justificativas, descrevendo um perfil diferente para os idosos verborrágicos: são "idosos idosos" (com mais de 85 anos de idade), com pouca mobilidade física, mais estressados, mais extrovertidos, com uma busca maior de contatos sociais e menos concernentes em dar uma boa impressão aos outros. Também há estudos que tentam determinar se existe alguma associação entre a verborragia, os quadros demenciais, e os eventuais *quadros psiquiátricos* que possam estar envolvidos na complexidade comportamental e nas atitudes dos idosos durante sua performance comunicativa.

Ruptura de Regras Discursivas

Muitos idosos, ao narrarem determinado acontecimento, tendem a romper *algumas regras discursivas*: o uso ambíguo de referenciais (por exemplo, pronomes, termos vagos como "coisa", "troço", "treco" etc); a digressão do tópico central (quando o idoso perde o fio da meada mas pode recuperá-lo com a ajuda do interlocutor); a repetição de idéias e as informações redundantes (as dificuldades de memória, como vimos anteriormente). Tais rupturas, como lembra Tubero[38], comprometem a *coesão*, a *coerência* e a *informatividade do discurso*. O excesso de pausas em locais inesperados, as chamadas "pausas atípicas" no discurso, relacionadas à dificuldade de acesso lexical, as repetições, as hesitações, o abandono de segmentos lingüísticos, presença de competição sonora com sobreposição de vozes, e as alterações de turnos da fala (invasão e pausas prolongadas/entrega), são marcas do discurso espontâneo do idoso.

Muitas vezes o idoso desenvolve estratégias compensatórias e conta com a participação de ajuda por parte do interlocutor. Quando essas possibilidades não existem ou falham, a ruptura entre o normal e o patológico fica evidente. É importante que o examinador e as pessoas que convivem com estes idosos possam compreender isto para melhor ajudá-los.

Distúrbios da Atenção

Assim como falamos da memória, faz-se importante comentar que outra função cognitiva bastante estudada é a atenção, que pode ser teoricamente subdividida em seletiva e dividida. Na *atenção seletiva* as fontes relevantes e irrelevantes de informações são definidas durante o desempenho da tarefa, permitindo que somente as informações relevantes sejam focalizadas. Na *atenção dividida,* ambas as fontes de informações são relevantes e devem receber atenção simultânea. O decréscimo na atenção seletiva, decorre do processo de envelhecimento, não é aceito de forma unânime entre os pesquisadores. Já a existência de decréscimo na atenção dividida é mais evidente e melhor aceita. As *alterações de atenção* acabam influenciando o desempenho de outros domínios cognitivos, tais como a memória, a linguagem e as funções executivas[33].

Para Damasceno[14], o envelhecimento "normal" deixa relativamente intactas as habilidades lingüísticas, como o vocabulário, como dissemos acima, e o processamento sintático, mas altera funções relativas aos seguintes aspectos:

- *nível semântico-lexical:* capacidade de lembrar palavras durante a conversação, de nomear objetos e de desempenhar tarefas que exijam fluência verbal;
- *nível discursivo:* aparecem dificuldades narrativas, com inferências, sumarização e interpretação moral de histórias; dificuldades na descrição de procedimentos e na conversação, devido a difi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

culdade de compreensão da fala do interlocutor e a problemas de falta de clareza do enunciado.

No entanto, os problemas lingüísticos dos idosos podem estar relacionados a alterações da memória operacional, à lentificação no processamento da informação, e a *déficits* visuais e auditivos que comprometem a monitoração das pistas verbais e não-verbais do interlocutor, e ao afastamento das funções sociais e ocupacionais.

Concluindo este aspecto da *linguagem no envelhecimento* é importante considerarmos que ainda prevalecem os estudos realizados em grupos, em que o princípio da heterogeneidade não é considerado em estudos comparativos entre idoso e jovens (nos quais o enfoque reside no declínio da performance do idoso mediante o jovem e não nas diferenças entre dois grupos), em amostras pequenas, às vezes não significantes do ponto de vista estatístico, variando enormemente quanto ao conceito de idoso, de longevidade, e em nível de escolaridade, ao *status* socioeconômico, a língua falada pelo sujeito, no nível de atividade e grau de inserção do idoso na família, na profissão e na sociedade, e à condição de saúde integral do indivíduo idoso.

Tal metodologia, por si só, tem revelado um declínio na linguagem com impactos na comunicação do idoso. Nestes casos, talvez as pesquisas tenham se orientado na busca dos *déficits* associados à velhice e não nos benefícios associados ao envelhecimento. Estudos que valorizem os potenciais individuais e de natureza longitudinal talvez possam apontar não um declínio da capacidade lingüística do idoso, mas sim, diferenças que surgem no processo dito normal de envelhecimento, que significariam transformações, e não perdas de caráter patológico.

Comunicação: Uma Combinatória de Fatores

O modelo para análise da comunicação do idoso considera a combinatória de fatores da história do indivíduo em seus aspectos sociais, biológicos e psicológicos e a interação com o ambiente. Condições físicas de saúde, depressão, expectativas do próprio idoso e dos parceiros de comunicação e mudanças no funcionamento cognitivo, assim como o efeito da própria tarefa de linguagem, podem exacerbar o efeito dessas mudanças, o que leva os autores a considerar com cautela os resultados obtidos em seus estudos.

No caso da afasia decorrente de AVC agudo, os efeitos da alteração brusca e dramática podem ser estimulados a partir da constatação do papel que a comunicação desempenha para o indivíduo idoso, proporcionando o desenvolvimento e manutenção de sua identidade, garantido a transmissão e recepção de informações vitais sobre o autocuidado e cuidado realizado por outros e influências sociais, depressão e ansiedade, favorecendo o exercício de poder e influências socais, permitindo a reflexão sobre a própria vida, estimulando o funcionamento cognitivo pela possibilidade de interação com diversos e constantes estímulos sensoriais e interpessoais, além de receber os benefícios estéticos e lúdicos do ambiente[26]. Em resumo, a afasia pode provocar alterações na construção de redes socais, gerar dependência e excluir o indivíduo do exercício do papel de adulto ativo no ambiente familiar e outros ambientes sociais.

Diagnóstico Diferencial entre a Afasia e os Outros Quadros Neurológicos no Idoso

A diferenciação do idoso normal e do afásico do ponto de vista da comunicação é muitas vezes complicada, não só por fatores relacionados ao processo de senescência, que podem se somar à afasia, mas também pela concomitância de outros como depressão, variáveis pessoais, ambiente físico e social e motivação. Além disso, não raros são os sintomas similares em quadros neurológicos diferentes. Chapman[11] resume as similaridades de manifestações de linguagem nos quadros neurológicos, mostrando manifestações idênticas, ao menos em uma fase da doença.

Entre os senescentes, os idosos com afasia progressiva primária, os lesados de hemisfério direito, aqueles com doença de Alzheimer e os que sofreram traumatismos cranioencefálicos, vários são os traços em comum, sendo que não existe um só sintoma que seja exclusivo dos afásicos ou dos idosos. A similaridade é extrema nas manifestações no nível lexical — anomias — e em certos aspectos discursivos — tangencialidade e redução de conteúdo — os quais estão presentes em todos os quadros.

O reconhecimento dessas similaridades não deve, no entanto, levar à negação de suas diferenças ou à negligência da identificação de elementos de distinção diagnóstica. Essa é a posição daqueles que entendem que os traços comuns de ruptura da linguagem

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nas diferentes síndromes são apenas aparentes, e que a natureza subjacente dessas alterações é diversa. Tal visão tem importantes implicações na condução da avaliação do afásico idoso.

Considerações sobre a Indicação Terapêutica e a Reabilitação Fonoaudiológica

Embora seja razoável admitir-se que o *declínio de possibilidades de compensação* está na razão direta do aumento da idade, não se aceita hoje em dia a posição que sustenta que os idosos não obtêm resultados em reabilitação. Essa visão ainda existe em nosso meio, devido à dificuldade no estabelecimento de critérios para a inserção do paciente em programa terapêutico adequado.

A experiência fonoaudiológica em equipe multidisciplinar mostra, no entanto, que é possível obter resultados na reabilitação dos idosos, quando a ação terapêutica é bem-elaborada e adequada à fase de evolução clínica do paciente. Justifica-se este enfoque sob diferentes óticas: pela preocupação recente com a adequação de expectativas no contato entre o terapeuta e o paciente, que pode ser verificada nos "programas de qualidade"[12] e que tem provocado uma série de discussões sobre valores e recursos envolvidos num processo de adaptação, e ainda sobre a necessidade de contínua avaliação do grau de satisfação com os resultados da adaptação, ou seja, o balanço entre o investimento terapêutico e o retorno em termos de benefícios para o paciente, sua família e sociedade.

Um dos principais critérios envolvidos na escolha da indicação terapêutica diz respeito à valorização do processo de desenvolvimento do indivíduo idoso. Os objetivos propostos pela literatura da afasiologia nas terapias tradicionais devem ser revistos à luz dessas necessidades de desenvolvimento considerando restrições relativas à idade e conseqüências da doença. A eleição de método para terapia leva em conta o interesse dos idosos pelo conteúdo da linguagem que será estimulada, que seja de relevância para a sua vida diária. Essa é a principal justificativa para a opção por método terapêutico baseado na abordagem pragmática, quando se trata de pacientes idosos[15].

Essa proposta favorece o uso da linguagem em situações significativas, já que se ocupa de contextos naturais de realização de atividades da vida cotidiana; esta opção terapêutica pode parecer reducionista ou simplista, mas deve-se reconhecer que ela propicia rica *vivência do uso da linguagem* em condições dinâmicas, que incluem restrições sociolingüísticas de formalidade e informalidade, variações relacionadas ao contexto e situações dos interlocutores, além de lidar com aspectos relacionados aos níveis fonológico, morfossintático, semântico e pragmático. É dada a ênfase ao significado e á comunicação. Tais elementos são abordados segundo esses critérios de relevância. Tempos verbais, modalizações, interrogação, negação não são tratados de modo específico, ganham espaço na medida em que se tornam importantes para a interação.

Lembramos ainda, que as mudanças biológicas, anatômicas, fisiológicas e neurológicas associadas ao processo do envelhecimento resultam em alterações graduais nas características acústicas da audição e da voz humana. A perda auditiva esperada no envelhecimento é dada pela diminuição da acuidade auditiva neurosensorial bilateral, com impacto principalmente para a audição de freqüências altas (sons agudos), discriminação pobre, dificuldade para administrar ruídos e diminuição do tempo de processamento auditivo. Além disso, a idade é responsável por mudanças estruturais e morfológicas nos mecanismos de fala, que acarretam alterações, em geral discretas, na precisão da produção oral[2].

Lidar com a *linguagem em contexto* propicia ao idoso compensações eficientes e necessárias para a compreensão e a expressão de materiais verbais e não-verbais, que, como vimos, quando não precisamente diagnosticados constituem importantes barreiras para a comunicação na longevidade. O método terapêutico com base na linha pragmática é a possibilidade do estudo de adaptações, a partir da análise do ambiente e dos participantes da interação. Todas as adaptações físicas e pessoais em ambientes como hospitais, UTIs, casa de repouso, ILPs (instituições de longa permanência), centros de reabilitação e até mesmo o domicilio têm como meta as atitudes adequadas dos cuidadores, motivação e participação dos idosos em condições em que a comunicação faça parte integral de toda a interação, dignificando o sentido da vida na relação de troca e aprendizagem infinita.

A Comunicação como Fator de Humanização na Terceira Idade

Como vimos, com o advento da longevidade neste século, surgiram duas questões fundamentais: a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

primeira está vinculada ao conhecimento do potencial humano na velhice e suas possíveis expressões a serem reveladas, destacando neste contexto os estudos das habilidades comunicativas no processo de envelhecimento O avanço da expectativa de vida saudável suscitou perspectivas de desenvolvimento para a fase tardia do ciclo de vida, o que significa que o perfil biopsicossocial do ser humano passou a exigir novos enfoques culturais e sociais. A segunda questão vem em conseqüência da longevidade, uma vez que a personalidade transforma-se e, como em todo processo de desenvolvimento humano, isso demanda transformação nos costumes, sendo necessária a construção de nova gestão social para a velhice, refletindo numa importante questão a ser considerada em nível mundial.

Com o objetivo de possibilitar a constituição de nova gestão social e de uma identidade humana auto-expressiva na velhice, buscam-se evidências teóricas e práticas à luz das idéias de diversas áreas do conhecimento humano de forma a promover as condições necessárias de capacitação física e mental do idoso para que este possa cumprir suas tarefas comunicativas, sociais e culturais, legitimando sua condição de cidadão, incluindo-se nas diversas instâncias da sociedade civil e sobretudo superando o modelo deficitário do desenvolvimento mental na terceira idade, permitindo ao idoso construir sua identidade existencial, deslocando-se do foco do desenvolvimento ideal da vida adulta, vigorosa e produtiva, para fronteiras mais largas. Este aspecto problematiza as formas tradicionais da cultura e da sociedade para, mediante interlocutores sociais constituídos idosos e profissionais da área gerontológica, pôr em questão o modelo obscuro e negativo imposto para a vida depois dos sessenta anos.

Os idosos podem operar com a realidade, relacionando-se com a natureza, a cultura e a sociedade, selecionando respostas criativas em função da construção de operações e contatos (sabedoria; intimidade), porém, para tanto, necessitam de oportunidades mediadoras (sentido na vida) e de outras virtudes que são promovidas pelas experiências durante e no advento da velhice. É preciso avançar na compreensão da linguagem e da comunicação na velhice e em suas implicações sociais buscando enriquecer o conhecimento sobre a identidade existencial da terceira idade e sobre suas mediações sociais e culturais à luz dos conhecimentos teóricos e práticos dos *profissionais de gerontologia* e despertar uma visibilidade renovadora do envelhecimento e da velhice.

Neste sentido estamos falando da comunicação como fator de humanização na terceira idade, porque ela confere ao idoso seu direito à palavra, reforçando sua identidade existencial como muitas vezes foi exclamada neste texto, e necessita ser melhor compreendida por parte de todas as pessoas que estudam o envelhecimento e que pretendem operar seus cuidados com o idoso e sua família, dando vida e significado às novas adaptações que serão necessárias para uma longevidade saudável e feliz.

Papel da Gerontologia

A *gerontologia* tem o seu surgimento atrelado a um momento que solicita a colocação de conhecimentos a serviço da aplicação em campos inéditos em problemas, estando condicionada a razões sociais expressivas, como o aumento da expectativa de vida com o aumento do número de pessoas que chegam à terceira idade, o que acarreta sérias implicações na dinâmica demográfica, nas políticas sociais de saúde, previdência e assistência social. A expectativa de vida difere de acordo com o grau de desenvolvimento de um país e, segundo categorias socioprofissionais, a questão das desigualdades sociais é um desafio para a Gerontologia.

Outro aspecto importante é o do exercício pleno da cidadania em qualquer fase da vida e em qualquer circunstância, de modo a permitir uma participação ampla e responsável pela conquista e conservação dos direitos fundamentais, rompendo a descontinuidade da idade adulta para a velhice, continuando a subsidiar o idoso nas suas capacidades produtivas, reprodutivas e de expressão social.

O Caráter Interventivo da Gerontologia

Não há como duvidar do caráter interventivo da Gerontologia e da Geriatria, suscitado pela mesma finalidade, o que as aproxima das chamadas "ciências tecnológicas", com um campo específico de aplicação. A Gerontologia desenvolve um trabalho interdisciplinar em sua própria gênese, nos fundamentos da produção do saber, e das ações interventivas, atendendo às necessidades científicas atuais de "estudar um mesmo objeto simultaneamente sob várias óticas e distintas ciências, encaminhando a elaboração de um quadro multidimensional e completo desse objeto"[21].

Essa interdisciplinaridade constitutiva e emergente permite o deslocamento de sistemas construídos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

para o outro, existindo uma relação de mão dupla, fazendo jus ao "inter". Se o médico, o assistente social, o enfermeiro, o fonoaudiólogo, o nutricionista e o sociólogo saem livremente de seu modo de pensar e agir, vertendo o seu constructo para outro contexto, o gerontólogo, ao se servir dessa fonte rica em contribuições, e ao retornar, apresenta um conhecimento mais completo, com novas descobertas, nova visão e novas possibilidades de ação, inclusive quanto à comunicação neste contexto de descobertas.

É neste cenário que a Fonoaudiologia se insere, formando bases para a compreensão do processo do envelhecimento, necessárias para possibilitar uma intervenção fonoaudiológica que atenda às necessidades de comunicação do idoso.

Neste sentido o enfoque é dado à linguagem, à fala, à voz e à audição.

Sabemos que comunicar é partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, idéias e desejos, por meio de códigos comuns, sendo a linguagem falada a mais utilizada universalmente, que responde à necessidade de integração social do homem, na busca constante e infinita de experiências e conquistas. Mas a aquisição e a manutenção da linguagem falada requerem entre outras coisas uma perfeita *audição:* "ouvir a linguagem por determinado tempo é essencial para ultimar o seu uso".

A Audição

A função auditiva é imprescindível como um mecanismo de alerta e defesa, permitindo localizarmos fontes sonoras à distância, dando-nos segurança e participação vital nas relações com o mundo. É certo que, com o passar do tempo, fatores como a exposição do ouvido a ruídos intensos, uso indiscriminado de medicamentos, tensão da vida cotidiana e a aquisição de doenças vão interferir na sensibilidade auditiva, reduzindo sensivelmente a nossa área de audição. Este processo gera dificuldades para *ouvir e entender* a linguagem falada em ambientes ruidosos. Os sons fortes passam a incomodar, muitas vezes associados à presença de zumbidos e dificuldades p-ara perceber sons mais agudos.

Estes sintomas caracterizam perda de audição conhecida como "presbiacusia", ou perda auditiva decorrente do processo de envelhecimento[32]. De modo simplificado, significa a "perda auditiva no velho" ou decréscimo fisiológico da audição com a idade. O termo é derivado do grego *presby* (velho) e *akousis* (audição). Hinchcliffe[20] definiu presbiacusia como "uma deficiência na sensibilidade liminar auditiva, nas discriminações temporal, de freqüência e sonora, no julgamento auditivo e no reconhecimento de fala, aliada ao rebaixamento do limite de altas freqüências a ao decréscimo da inteligibilidade de fala distorcida e à habilidade de recordar sentenças longas".

Portanto, as mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo com o aumento da idade fazem com que os idosos experimentem uma diminuição na sensibilidade auditiva e uma redução na compreensão da fala em níveis supraliminares, comprometendo seriamente seu processo de comunicação verbal.

A perda auditiva em altas freqüências dificulta a percepção dos sons consonantais, piorando em ambientes ruidosos, gerando normalmente respostas inadequadas dos idosos em situações de comunicação, e uma imagem de senilidade, que pode não condizer com a realidade. A queixa mais freqüente é a de "ouvir, mas não entender o que é dito". Esses "ruídos" na comunicação que surgem em função do rebaixamento auditivo muitas vezes dificultam tarefas que exijam separação e reconhecimento de palavras, marcando uma discrepância de compreensão de fala, denominada de *regressão fonética*, observada por Gaeth[17]. Este processo indica que, com a idade, a taxa de processamento de informação é reduzida, revelando uma deterioração no desempenho comunicativo do idoso.

Muitas vezes, associado ao processo da presbiacusia ocorre o *recrutamento*, que reduz o campo dinâmico de audição pelo aumento desproporcional da sensação de intensidade, em relação ao aumento da intensidade física. O fato é que este *desconforto ao som* faz com que o idoso não perceba a fala quando os outros falam em intensidade fraca, mas também não consiga ouvir e compreender a mensagem falada quando elevam a intensidade da voz, porque atinge o seu nível de desconforto auditivo, e ele normalmente reage com irritabilidade dizendo: "Não grite, pois eu não sou surdo!".

A complexidade de sintomas decorrentes da perda de audição com o aumento da idade deve ser bem pesquisada pelo fonoaudiólogo, pois a presbiacusia não está mais centrada na alteração da *orelha interna,* embora predomine a degeneração de suas estruturas que interferem decididamente no rebaixamento da audição.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Nenhuma parte do sistema auditivo escapa dos efeitos do envelhecimento. Na *orelha externa,* e na *orelha média*, também ocorrem modificações, no tamanho, na elasticidade, na tonicidade muscular do meato acústico externo, no aumento da produção de cerume e na quantidade de pêlos que podem gerar perdas condutivas falsas nas freqüências agudas; também a perda da elasticidade das articulações dos ossículos e da membrana timpânica, diminuindo as características de transmissão do som, responsáveis pelo *gap* audiométrico entre as vias aérea e óssea, observado em 4.000Hz[18].Outro aspecto importante na presbiacusia é o declínio no *processamento auditivo central* (não restringindo o local da lesão à cóclea), ou seja, ocorrem redundâncias intrínsecas ao sistema nervoso central que comprometem a inteligibilidade da fala.

O idoso perde a acurácia em lidar com aspectos referentes à: atenção e intensidade da mensagem; intensidade do ruído ambiental; tipo de material de fala empregado; co-articulação e fatores supra-segmentais; sensação de freqüência e intensidade; fatores temporais, ritmo e velocidade de fala; qualidade vocal do falante; articulação e pronúncia. Tais dificuldades podem estar relacionadas à velocidade com a qual a fala atinge o sistema auditivo, e à dificuldade em processar o sinal de fala recebido, resultantes do declínio do funcionamento do sistema auditivo central.

Indivíduos idosos deficientes auditivos também podem apresentar *dificuldades na memória*, particularmente relacionadas ao armazenamento de curta duração de material lingüístico do início ao final da mensagem verbal.

Implicações Psicossociais da Incapacidade Auditiva

De acordo com Organização Mundial da Saúde[28], existem duas conseqüências importantes da deficiência auditiva: a *incapacidade auditiva* e o *handicap* (desvantagem). A *incapacidade* refere-se a qualquer restrição ou falta de habilidade para desempenhar uma atividade esperada para a idade, em termos de autonomia; principalmente relacionada aos problemas auditivos referentes à percepção de fala em ambientes ruidosos, com sinais sonoros de alerta, música e sons ambientais, além de dificultar a integração social do idoso pela dificuldade em interpretar mensagens de televisão, rádio, cinema, igrejas, e outros. A *desvantagem (handicap)* relaciona-se aos aspectos não auditivos (resultantes da incapacidade auditiva) que limitam e impedem o indivíduo de desempenhar de maneira adequada suas atividades de vida diária.

Este é um fator que agrava ainda mais as condições de *autonomia e independência do idoso* diante de seus desafios e relações familiares, profissionais e sociais.

É neste contexto de *"perdas de capacidades funcionais"* que o fonoaudiólogo pode contribuir de maneira significativa nas situações de comunicação. Porque muitas vezes os familiares descrevem injustamente o idoso como não comunicativo, não colaborador, com temperamento zangado, confuso, distraído, velho e senil. É importante enfrentar os embaraços decorrentes da falta de compreensão ou de respostas inapropriadas às questões não entendidas corretamente, porque, caso contrário, o próprio idoso por experimentar freqüentes situações de frustrações, se afasta das situações de comunicação, chegando ao isolamento e à segregação.

Conduta Diante da Hipoacusia

Além da *orientação* e do *aconselhamento familiar*, uma das condutas do fonoaudiólogo para inverter ou minimizar este quadro de incapacidade sensorial auditiva e, conseqüentemente, afetiva e social do idoso, é avaliar as condições para indicação de aparelho de amplificação sonora. O idoso pode experimentar a possibilidade de amplificação sonora para decidir se ela facilita a recepção do sinal de fala, promovendo melhor contato social e autoconceito mais positivo.

Atualmente os *aparelhos* são equipamentos individualizados, miniaturizados, digitais ou digitalmente programados, versáteis e com controles que podem ser mais facilmente manipulados pelos idosos. O uso do aparelho é a base do programa de reabilitação audiológica, mas deve obedecer a importantes critérios para uma correta seleção e adaptação; que envolve desde a imprescindível audiometria tonal por vias aérea e óssea, logoaudiometria, pesquisa dos limiares de desconforto, imitanciometria, até aspectos relativos à motivação e às crenças, que, do ponto de vista subjetivo, percorre as expectativas e percepções do idoso, constituindo o componente cognitivo da motivação, que influencia o processo de aceitação do aparelho auditivo e sua real efetividade na comunicação.

O maior obstáculo à sua utilização permanece no custo financeiro, que pode ser minimizado se for ade-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

quadamente valorizada a relação custo-benefício. Certamente, cabe salientar que existem procedimentos normativos e protocolos específicos de avaliação do deficiente auditivo idoso, candidato ao uso de aparelho e ao programa de reabilitação audiológica. São feitas avaliações da incapacidade auditiva e do *handicap*, avaliações informal (saúde geral, visão, destreza, estado mental, motivação, depressão e ambiente social) e de atitude (reação de rejeição ou de aceitação ao experimentar o aparelho).

Com o objetivo de facilitar a comunicação receptiva e expressiva de idosos com presbiacusia, sugere-se um processo que diminui as dificuldades e previne o desenvolvimento de alguma alteração proveniente da deficiência auditiva, denominado *reabilitação audiológica*.

Este termo abrange um trabalho com abordagem holística, e que deve obedecer a dez critérios[1]:

1. anatomia e fisiologia do mecanismo auditivo;
2. informação sobre o prognóstico da perda auditiva;
3. condições das relações interpessoais e de responsabilidades individuais;
4. impacto da perda auditiva no indivíduo e na família;
5. metas da reabilitação audiológica;
6. avaliação diagnóstica e em processo, do nível de conscientização e das habilidades comunicativas em situações ambientais e sociais;
7. possibilidade do treinamento auditivo enfatizando os efeitos de distância, ruído, visibilidade do rosto do falante, uso de recursos para adequar as situações de comunicação em ambientes específicos;
8. possibilidade de treinamento da leitura labial;
9. utilização de estratégias de comunicação e técnicas necessárias para facilitar a comunicação;
10. reforço constante sobre o progresso de um novo modelo comunicativo, sem estresse, complementado pela confiança pessoal e habilidades de comunicação efetivas.

No *treinamento auditivo* objetiva-se desenvolver com o idoso bons hábitos auditivos para aumentar os níveis de confiança e de concentração sobre o significado da mensagem falada. A meta é treiná-lo para reconhecer o significado da mensagem em si, em vez de identificar seus componentes consonantais; pistas não-verbais e situacionais são reforçadas, entre outros procedimentos que também se aplicam à *orientação familiar*, como:

- ouvir cuidadosamente;
- demonstrar interesse e compreensão quando os outros estão falando, olhando o idoso nos olhos, estando atento às suas expressões e linguagem corporais;
- assimilar o estado emocional e colocar-se no lugar do idoso, quando necessário;
- usar com precisão técnicas de "preenchimento" dos espaços deixados pelas palavras não compreendidas durante a conversação;
- não desistir prematuramente nas situações de difícil relação comunicativa;
- afirmar as declarações do falante;
- usar estratégias de comunicação: repita, confirme o que ouviu, refraseie;
- analisar os erros nas estratégias de escuta;
- esquecer o ruído de fundo;
- aceitar as correções prontamente.

Torna-se imprescindível que o fonoaudiólogo exerça e enfatize seu papel na busca de estratégias que possam conservar as habilidades auditivas necessárias à manutenção da troca de informações entre as pessoas, trabalhando com o idoso portador de deficiência auditiva, no caminho do diagnóstico correto da patologia, na implementação de programas de reabilitação audiológica e na motivação necessária do idoso, ao uso de sistemas de amplificação, por meio de orientação e aconselhamento a ele, e à sua família.

O Envelhecimento Vocal e Laríngeo

De uma maneira geral, o período de máxima eficiência vocal estende-se entre os 25 e os 40 anos de idade. A partir daí acontecem várias alterações estruturais na laringe, com maior ou menor impacto na fonação. Tais alterações fazem parte do processo de envelhecimento normal do indivíduo, não implicando necessariamente em uma desordem vocal, embora muitas vezes torne-se difícil estabelecer uma diferença clara entre o processo vocal fisiológico decorrente da idade e uma desordem vocal estabelecida.

A *presbifonia* corresponde a este processo fisiológico de envelhecimento vocal inerente à idade. Resumidamente são encontrados dois tipos de alterações anatômicas:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1. calcificação e ossificação gradual das cartilagens laríngeas que, como conseqüência, ao redor dos 65 anos apresentam-se quase sem nenhuma mobilidade[39];
2. atrofia dos músculos laríngeos intrínsecos, o que resulta numa menor eficiência biomecânica de todo o sistema. Estudos nessa área reforçam que as alterações da laringe ocorrem num paralelismo com as demais partes do corpo, porém, com diferenças individuais e relacionadas ao sexo, ainda pouco definidas no campo científico.

Mas predomina a convergência de que o início da presbifonia, seu desenvolvimento e o grau de deterioração vocal dependem de cada indivíduo, da sua história de vida e de sua saúde. Além da influência de outros fatores como os componentes raciais, hereditários, alimentares, sociais, ambientais e emocionais, incluindo o estilo de vida e prática de atividades físicas.

Como no processo do envelhecimento, de modo geral, são descritas modificações em níveis de redução do número de corpos celulares nervosos; diminuição da força e da massa musculares; redução na acuidade sensória, e o aumento no tempo de reação motora. As estruturas participantes do *mecanismo da fonação* sofrem redução na elasticidade dos tecidos e na força muscular, conseqüentemente, os resultados dessas alterações refletem-se nos mais variados parâmetros de medida do comportamento verbal. As pregas vocais passam por alterações estruturais na terceira idade, o que consiste de atrofia, redução de massa, edema e desidratação da mucosa. Numerosos estudos realizados sobre a presbifonia descrevem outros aspectos importantes no campo da fonoaudiologia:

- redução na capacidade vital;
- aumento na freqüência fundamental da voz para os homens e redução nas mulheres;
- aumento no *jitter* (variação de altura em torno da freqüência fundamental);
- aumento na variabilidade do *pitch* (correlato psicoacústico da altura vocal);
- redução do tempo máximo de fonação; aumento do grau de nasalidade na fala;
- deterioração na qualidade vocal em maior grau para os homens;
- redução na intensidade das vogais, no número de notas da tessitura vocal;
- aumento na duração das pausas articulatórias e imprecisão no padrão articulatório; redução na velocidade de fala.

Quanto à região glótica, é comum observarmos fendas em indivíduos idosos, geralmente do tipo fusiforme, por vezes, implicando alterações na qualidade vocal comprometida por sua instabilidade, emissão trêmula e com sinais de rouquidão. Observam-se também duas situações laríngeas e vocais diferentes, uma com predomínio de edema e voz grave, mais freqüente no sexo feminino, e outra com predomínio de rigidez e voz aguda, mais comum nos homens.

Alguns processos de envelhecimento são particularmente fáceis de serem controlados por meio da medicina e/ou da terapêutica. Por exemplo, quando as mulheres atingem a menopausa, a diminuição do estrógeno causa alterações das mucosas que contornam o trato vocal, acarretando na voz feminina o edema pós-menopausa. Esta alteração poder ser controlada e até mesmo adiada pela reposição hormonal e pelo treinamento vocal; sendo fatores que podem influenciar no envelhecimento da voz. Além da perda de dentição, que pode ocasionar dificuldades de oclusão dentária e articulação, causando distúrbios na comunicação.

Algumas doenças neurológicas também podem apresentar no quadro de suas manifestações e sintomas discretas alterações no padrão vocal, como a voz enfraquecida no parkinsoniano, a voz pastosa na esclerose, a voz trêmula no tremor essencial, típico nesses quadros. Mas, outras patologias também podem afetar a "voz envelhecida", como as lesões benignas das pregas vocais (edema de Reinke e lesões epiteliais displásicas benignas); doenças inflamatórias (laringites), neoplasias laríngeas e paralisias de pregas vocais.

Cabe ao fonoaudiólogo e ao médico reunirem informações apuradas (por inquérito, história clínica, avaliações e exames), para realizar um diagnóstico diferencial preciso e cuidadoso.

O Treinamento Vocal na Presbifonia

Embora exista uma crença popular generalizada de que os idosos têm vozes estereotipadas, como é demonstrada pelos atores na interpretação de papéis de idosos, esta regra não é comum na vida real, principalmente nas pessoas que apresentam vozes bem-produzidas ou por meio de treinamento[19]. O desuso muscular causa perda de fibras musculares indistinguíveis das observadas na idade avançada. Desta forma, se conseguirmos reabilitar a função fonatória e vocal após situações de doenças e longos períodos de desuso, e se as alterações observadas são seme-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lhantes às da senescência, devemos investir na melhoria das condições de comunicação dos indivíduos idosos.

É difícil propor um tratamento quando as alterações vocais são de natureza fisiológica, inerentes à idade. A definição da conduta pelo fonoaudiólogo deve basear-se no bom senso que envolva em primeiro lugar a *queixa* e o desejo do idoso. Alguns idosos, ao serem informados que a perda da potência vocal faz parte de um processo natural de envelhecimento da voz, sentem-se mais calmos; afastando o "fantasma" das doenças neurológicas e oncológicas; outros, entretanto, optam espontaneamente, até expressando entusiasmo, por participar de um programa de treinamento vocal.

A conduta nos casos de presbifonia envolve recursos de tratamento, como: aconselhamento, reabilitação vocal, terapia medicamentosa ou fonocirurgia. O fonoaudiólogo atua com maior intensidade nos dois primeiros recursos citados.

No aconselhamento, o profissional auxilia o indivíduo a perceber e compreender as mudanças esperadas com o avançar da idade, oferecendo-lhe os recursos disponíveis para o controle delas. Na reabilitação vocal, o fonoaudiólogo oferece a possibilidade de minimizar a evidência da idade na voz, por meio de uma série de recursos do treinamento vocal, melhorando a qualidade da comunicação oral como um todo. A terapia medicamentosa inclui uma série de complexos vitamínicos, até uma série de medicações mais específicas, como para o controle de refluxo gastroesofágico, que interfere na produção vocal; a fonocirurgia geralmente ocorre na remoção de lesões nas pregas vocais e na tentativa de reduzir as fendas glóticas com injeções de colágeno ou gordura. Behlau e col.[4] destacam quatro aspectos principais no plano do treinamento vocal ou processo terapêutico:

1. *Qualidade vocal:* os principais recursos empregados têm como objetivo promoverem maior estabilidade da freqüência fundamental, com a redução do *jitter* e do *shimmer*, para controlar a característica trêmula da voz, aumentando a intensidade e a projeção vocais.
2. *Dinâmica fonoarticulatória:* são propostas atividades e exercícios musculares e verbais específicos, para reduzirem as pausas articulatórias e as hesitações, melhorando a inteligibilidade da fala.
3. *Fatores correlatos:* objetiva controlar dois dos diversos fatores que podem interferir na eficiência da comunicação oral, sendo o primeiro o controle da presbiacusia, e o segundo a verificação da adaptação das próteses dentárias.
4. *Fatores ambientais:* são feitas orientações gerais e individualizadas, relativas às condições de iluminação de ambientes, principalmente domésticos, competição sonora, distâncias interfalantes, postura corporal e técnicas de aproveitamento lingüístico das situações de conteúdo e contexto. Propõe-se realizar um levantamento dos fatores externos que podem influir negativamente na efetividade da comunicação.

O *processo terapêutico* tem o objetivo de promover a flexibilidade da voz, mais especificamente da tessitura vocal. O prognóstico deste processo é promissor no sentido de oferecer aos idosos recursos para o controle de suas dificuldades fonatórias e comunicativas.

E tem-se observado que a resposta desses indivíduos à dinâmica terapêutica é muito positiva e motivadora. Por esta razão, torna-se de suma importância que todos os idosos saibam do processo da presbifonia, dos seus efeitos e das possíveis ações terapêuticas, para que possam dedicar-se com afinco aos tratamentos propostos; uma vez que, acreditamos, o sentido da liberdade humana compreende o afastamento de limites diante das perspectivas do desenvolvimento humano.

A audição e a voz são dois aspectos essenciais no processo da comunicação, talvez por serem mais perceptivos para as pessoas de um modo geral. Entretanto, há aspectos visíveis que ressaltamos anteriormente, como a memória, a organização do discurso, o próprio vocabulário que também sofrem expressivas transformações ao longo da vida adquirindo nuances próprias na terceira idade. É fundamental, portanto, ter atenção especial a tais aspectos quando se analisa a linguagem da pessoa idosa.

Por fim, e o mais importante, está na forma como as pessoas se colocam na situação de comunicação com o idoso, dando-lhe atenção ou não, escutando-o ou ignorando-o, pois isto determina a sua inclusão ou a sua exclusão, nos ambientes familiar e social, sobretudo sua dignidade respeitada através de condutas que privilegiem a comunicação como fator de humanização no processo de envelhecimento.

Reflexões sobre a Comunicação com Paciente Fragilizado

No Brasil são relativamente recentes as reflexões acerca da importância da comunicação verbal e não-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

verbal no processo de cuidar do paciente fragilizado e fora de condições terapêuticas, valorizando a intenção do cuidar, para além da intenção do tratar. Paes[29] descreve exemplos da sinalização enviada pelos pacientes fora de possibilidades terapêuticas que podem passar desapercebidas para um profissional com menor experiência, e reforça a importância do ouvir, da escuta que pode acolher o paciente e sua família. Foi o trabalho de Cicely Saunders, inicialmente desenvolvido no St. Joseph´s Hospice, em Hackney, Londres, que introduziu uma nova filosofia de cuidados diante da finitude da vida. Por meio da atenção sistemática das *narrativas* dos pacientes, ouvindo cuidadosamente as histórias da doença e sofrimento, ela desenvolveu o conceito de "dor total".

Esta visão da dor moveu-se para além da dimensão física, englobando a dimensão social, emocional e espiritual do sofrimento.

Quando Cicely Saunders fundou o St. Christopher's Hospice, em 1967, imediatamente este se tornou uma fonte de inspiração para outras iniciativas desta natureza e, ao combinar três princípios-chave: cuidados clínicos de qualidade, educação e pesquisa, tornou-se uma instituição de referência mundial em termos de cuidado, pesquisa sobre dor e educação para profissionais da saúde de todo o mundo[30].

Depois do brilhante e eterno exemplo de trabalho da Dra. Elizabeth Kübler Ross[23,24], ficou mais fácil a comunicação com os pacientes, pois quando ela localizou as fases dos processos de perda e do morrer (a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação), ficou mais próximo o entendimento do como as pessoas agem diante de um processo de um grande perda; não só os idosos, mas os seus familiares e até a equipe médica. O entendimento desta realidade facilitou o aprendizado de muitos profissionais da área de saúde, e facilitou também estarmos juntos dessas pessoas que estão morrendo. Segundo Kübler Ross[23,24], não se trata de perguntar: "será que contamos a ele?, será que ele sabe?", mas, com sua experiência de cuidar de mais de mil pacientes fora de possibilidades terapêuticas, afirmar que a única pergunta a fazer é "será que posso escutar o que ele tem a dizer?" Este é um exemplo muito rico da complexidade insondável das possibilidades de comunicação que existem entre as pessoas estando elas doentes ou não, sendo elas, jovens ou idosas.

Notamos que "simples" gestos e expressões — que muitas vezes nos dizem não, ou que mostram raiva diante da consciência das perdas por quais estão passando —, são extremamente importantes ao revelarem manifestações não-verbais, as quais devem ser precisamente interpretadas pela nossa "leitura não-verbal" do que ocorre com o paciente idoso, como por exemplo numa tentativa tardia de mudar hábitos de saúde, querendo "barganhar" o estrago feito em seu corpo físico; e mesmo o distanciamento (depressão) de quem está fazendo um balanço do que fez na vida e do que, eventualmente, gostaria de fazer ainda.

Ficou mais fácil entender os momentos em que essas pessoas parecem olhar "através" de nós, através dos outros, como se nós não estivéssemos mais ali, chegando a ponto de usarem uma linguagem simbólica para evocar experiências de vida, para descrever sonhos e sensações de viagens através de túneis e luzes brilhantes, voltando a falar de encontros com parentes e amigos já falecidos, citando a presença de um ser supremo e utilizando-se dos sonhos para falar como estão sentindo a situação, muitas vezes por meio de metáforas que a família e os amigos, que conhecem essa pessoa mais intimamente, conhecem a personalidade e a experiência de vida dela, geralmente estão melhor qualificados para entender e encontrar a mensagem oculta que nelas existe[23,24].

Parece simplista, mas só ouvindo cada pessoa, podemos saber o que é melhor para elas ou sabemos apenas o que é melhor para o tratamento de suas doenças. As questões mais importantes não parecem ter respostas prontas; mas as próprias questões parecem ter um poder de cura quando são *compartilhadas*. Uma resposta é um convite para parar de pensar a respeito de algo, e uma questão não respondida é um convite para a atenção constante[22].

A leitura não-verbal significa prestar atenção à palavra não dita, às contrações faciais que desmentem as palavras, à involuntária contração nervosa, ao cerrar e descerrar dos punhos, e à linguagem do corpo de uma maneira geral e total[34].

Na comunicação devemos ser claros com os pacientes. Se procurarmos *claro* no dicionário, encontraremos: livre de obstrução, livre de impurezas, livre de dúvidas, livre de ambigüidades e assim por diante. E, naturalmente encontramos o significado mais elementar: que permite a passagem da luz[16].

Um outro aspecto importante de salientar é sobre a condição do idoso hospitalizado que aparentemente apresenta alteração no nível de consciência — se estivermos falando principalmente de terapia intensi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

va — ele pode estar nos ouvindo. Constantemente, temos que assumir que o idoso pode estar nos ouvindo e nunca dizer junto dele qualquer coisa que possa prejudicar ou dificultar sua recuperação. Quando a família pergunta à equipe se ele está ouvindo, uma boa resposta é dizer: "Pode ser que ele esteja te ouvindo; de qualquer forma tente falar com ele, pois se ele estiver te ouvindo, ele irá gostar de ouvir tua voz, de te sentir aqui presente e de saber que você está aqui." Por esta razão, a família deve ser orientada para que evite discutir diante do paciente qualquer coisa que possa despertar raiva ou aumentar a tristeza com a situação.

Existem algumas "dicas" de comunicação que ajudam qualquer pessoa, seja o profissional ou o familiar, durante o diálogo com o paciente fora de possibilidades terapêuticas. Uma dúvida que permeia a todos é: *o que dizer?* Se não souber o que dizer, não diga nada: *escute!* Escute com o ouvido, com o coração, com a mente. Tente entender o que a pessoa sente, porque se ela se sentir acolhida neste momento, se não se sentir sozinha, acabará entendendo sua mortalidade e percebendo que nós estamos tentando fazer o que é possível na situação[25]. Ouvir é fundamental na comunicação com o paciente fora de possibilidades terapêuticas, assim como tocá-lo afetivamente nas mãos, nos braços, nos membros superiores, que é onde, na nossa cultura, aceitamos mais naturalmente o toque[35].

Encontrar um significado em uma tarefa familiar, como dar banho, alimentar, acompanhar e se comunicar com o paciente fora de possibilidades terapêuticas, nos permite ir além da comunicação verbal, revalorizando os gestos, os toques, as distâncias interpessoais, as posturas corporais, descobrindo na mais rotineira das tarefas, num "bom dia", no sorriso, no toque afetivo, uma sensação de alegria, e até mesmo de gratidão, pela possibilidade de partilharmos algo assim, simples e humano, como morrer[29].

Uma maneira de amenizar a dificuldade comunicativa que permeia as situações acima relatadas, é voltar a descobrir que somos gente e que não vivemos sozinhos: precisamos dos outros como os outros precisam de nós: redescobrir a humanização e o diálogo é fundamental nas situações de sofrimento.

Então, o que é humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça, do outro, palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e ouvir; depende do diálogo com nossos semelhantes.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida. Mas tem como efeito adverso o incremento à desumanização. O preço que pagamos pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida, no caso do atendimento hospitalar, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença, por exemplo. Quando preenchemos uma ficha de histórico clínico, não estamos escutando a palavra do paciente. As informações são indispensáveis, sem dúvida, mas o lado humano ficou excluído. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa ser reconhecida na palavra do outro.

A ciência e a tecnologia tornam-se desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Um hospital pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento. Isso acontece quando ele trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário e até mesmo perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles.

Este cenário mudou muito na contemporaneidade, de tal forma que o papel mais freqüente dos geriatras e gerontólogos têm sido conversar com especialistas relutantes ou intervencionistas, que uma mulher aos 95 anos tem uma boa chance de se beneficiar de um procedimento cirúrgico ou de uma intervenção de reabilitação gerontológica. A Geriatria diz mais respeito à sobrevivência e ao processo de convencer os clínicos a não serem fatalistas quando estão diante de pacientes idosos, mas em buscar de forma assertiva através dos problemas tratáveis o aprimoramento da qualidade de vida e seu funcionamento, enfatizando que o fundamento de tudo é o paciente, em sua humanidade e dignidade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No centro de toda a questão do aumento da "expectativa de vida", estão o paciente, o clínico, e o imperativo de estabelecer uma *relação comunicativa* que permita uma parceria significativa num dos momentos mais profundos da vida. Cresce muito a responsabilidade do clínico em criar um relacionamento com pacientes e familiares no sentido de ajudar no enfrentamento do complexo cenário do "cuidar", ouvir e acolher as expressões de sentimentos de sofrimento. Este cuidado torna-se um fator chave em ajudar as pessoas a encontrar um sentido no final da vida, sendo esperado que situações como estas ocorram com freqüência em pacientes de idade avançada.

Numa perspectiva integradora, os *cuidados paliativos*, uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros esperados, e os valores fundamentais da *Geriatria* coincidem: o paciente está no centro dos cuidados, a perspectiva é de uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva, além de paciente e família serem vistos como uma única unidade de cuidados. Uma prioridade é garantir na medida do possível a independência funcional e qualidade de vida, avaliação regular e formal que assegure a identificação e tratamento das intercorrências no momento certo.

Tanto a medicina geriátrica, filosofia de cuidado de pessoas idosas que necessita ir além do sistema de doença e órgão único, ou seja, que supera a abordagem sob a ótica de uma única especialidade, para considerar a intervenção a partir de múltiplas doenças crônicas e medicações além de um status fisiológico altamente variável, quanto os cuidados paliativos vão muito além de proporcionar cuidados somente num determinado local específico. O cuidado é prestado onde o paciente se encontra, seja em sua casa, no hospital ou na casa de repouso, em qualquer estágio da doença e qualquer que seja o diagnóstico. "O objetivo é prestar cuidado certo para o paciente certo no momento certo"[30].

Comunicação entre Pacientes, Familiares e Profissionais da Área da Saúde

A habilidade em se estabelecer uma boa comunicação é parte essencial em todas as áreas dos cuidados de saúde, não exclusivamente em cuidados paliativos. A comunicação envolve muito mais que o processo de simplesmente dar uma informação.

É um processo que envolve muitas pessoas, em que os objetivos incluem troca de informação, compreensão mútua e apoio, enfrentamento de questões difíceis e freqüentemente dolorosas, além de lidar com o estresse emocional associado a todas essas questões. Exige tempo, compromisso e desejo sincero de ouvir e compreender as preocupações do outro. Trata-se de "prover resposta", quando não existem respostas, e em grande parte de "simplesmente" estar com a pessoa onde está e ser uma presença empática com ela na sua dor.

A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde, não é um mero "opcional extra", mas é um componente vital, inerente e necessário, razão pela qual, no currículo de formação dos profissionais de saúde, sempre mais se incluem o aprofundamento de questões relacionadas à comunicação. A comunicação não envolve somente os cuidados dos profissionais da saúde e paciente, mas também a relação entre os profissionais da saúde e família, pacientes e sua família, entre outros âmbitos..

Comunicação entre Pacientes e Profissionais da Saúde

Os pacientes encontrarão diversos de profissionais da saúde durante o curso de uma doença típica. Cada encontro provê uma oportunidade de comunicação. Muito do que comunicamos é por meio da linguagem, mas muito também nos comunicamos pela linguagem não-verbal. Em geral, os pacientes exigirão honestidade, precisão, acessibilidade e informação consistente em relação à sua doença e suas implicações. Com muita freqüência, profissionais e familiares sentirão a necessidade de ocultar ao paciente a verdade por causa do desejo de manter a esperança, estratégia esta que, embora bem intencionada, pode trazer muitas dificuldades com o avançar da doença. Más notícias são sempre más notícias, mas a maneira como ela é comunicada, e o quanto os pacientes se sentirão apoiados, aceitos e compreendidos, terá um impacto significativo em sua habilidade de viver nesta nova realidade.

Logo após o comunicado de uma má notícia, informações adicionais em geral, não são ouvidas, portanto, espaçar a informação, dando aos pacientes e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

famílias o tempo necessário para digeri-la, é fundamental. Aos pacientes deve-se oferecer uma informação a respeito de sua doença, tratamento, opções e prognósticos, de uma maneira sensível, que comunique apoio, honestidade e calor humano. Em termos de autonomia e respeito pela escolha do paciente, é importante que estes tenham a informação necessária por meio da qual possam fazer uma escolha informada. Diante de dificuldades cognitivas é importante que os profissionais da saúde avaliem regularmente até que nível existe compreensão do que é comunicado e busquem quando da manifestação de impedimentos, alternativas viáveis.

Comunicação entre Paciente e Familiares

Em cuidados paliativos, pacientes e familiares com muita freqüência vivem sob intenso estresse, o que faz com que não raro, exista pouca comunicação entre as várias partes envolvidas, gerando em tais circunstâncias, espaços para desentendimento e ressentimento. As pessoas sentem que estão carregando injustamente o peso de cuidar. Velhas rivalidades e ciúmes podem vir à tona, e o processo pode rapidamente escapar do controle.

Os profissionais de saúde têm o dever de cuidar, identificar estas dinâmicas e responder a esta realidade. Ao menos podem "modelar" o fato de modo que a informação seja partilhada e que as pessoas manifestem "sinceridade" com elas próprias e com os outros, a despeito de seus sentimentos e emoções.

Comunicação entre os Profissionais da Saúde

Profissionais de diferentes especialidades podem ser envolvidos no cuidado de um único paciente; conseqüentemente, é absolutamente necessário que o local de cuidados facilite o processo de troca de informações de forma rápida, acurada, destacando o que realmente é relevante. Além das questões ligadas às limitações de tempo, procedimentos comuns de comunicação colaboram também na definição de papéis, limites e nas diferentes concepções de cuidado.

Como em família, a questão não é simplesmente a mera troca de informação, mas antes, é necessário compreender o ponto de vista do outro, particularmente quando existem diferenças de opiniões em relação às estratégias apropriadas de tratamento. Em tais circunstâncias um estudo de caso pode proporcionar a oportunidade para mútuo entendimento, com a expectativa de se chegar a um consenso e coerência de ações para com o paciente. É aconselhável criar uma oportunidade para troca aberta de opiniões, preferencialmente com um facilitador externo, ou seja, não pertencente à instituição local.

Sendo assim, os profissionais da saúde necessitam cada vez mais de uma formação educativa em relação aos dilemas éticos e de comunicação, vinculados aos cuidados dos pacientes na fase final de sua vida, que lhes possibilite uma visão alargada destas questões para discuti-las adequadamente com os pacientes e familiares, quando necessário.

Finalmente, nos perguntamos qual deve ser a tratativa dos cuidados com a comunicação especificamente nos contextos geriátrico e gerontológico, sabendo que o estudo do envelhecimento representa o elo central de ambas disciplinas, que privilegiam dois critérios essenciais: a manutenção das capacidades funcionais do indivíduo idoso e o resgate de suas competências. Faz-se de suma importância refletir sobre as questões de natureza ética, científica, humana, espiritual e sócio-cultural a cerca dos programas dirigidos ao cuidado do idoso na sua multidimensionaliade e interdisciplinaridade. No mesmo grau de importância, queremos destacar o compromisso com a valorização da comunicação neste contexto do "cuidar", que permeia todas as formas de proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida.

A comunicação dignifica a dimensão humana do "cuidado", em consideração ao seu poder de individualidade na aproximação e na leitura afetiva entre o idoso dependente e sua equipe de saúde e familiares. Proporciona a participação e a compreensão de situações e contextos que conferem ao idoso, possibilidades de manifestar suas vontades e decisões, resgatando sua autonomia consciente, seja no envelhecimento saudável e ativo ou, no delicado processo de cuidados paliativos, garantindo-lhe o direto de se expressar e de ser ouvido.

Intencionada em discorrer neste artigo a importância da comunicação na longevidade, imprimindo relevo nos seus aspectos de linguagem verbal e não-verbal, de audição e voz, finalizo a presente reflexão inspirando-me na frase de Remen[31], quando diz: "As histórias são as experiências de alguém sobre os acontecimentos da sua vida e não os acontecimentos em si; os fatos nos trazem conhecimentos, mas as histórias possuem muitos significados e nos conduzem à

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

reflexão, a uma experiência mais íntima do significado e do valor de cada pessoa à própria vida."

Referências Bibliográficas

1. Alpiner JG, Meline NC, Cotton AD. An aural rehabilitation screening scale: self-assessment, auditory aptitude and visual aptitude. J Acad. Rehab Audiol; 1991; 24. p. 75.
2. Amerman JD, Parnell MM. Auditory Impressions of the speech of normal elderly adults. Brit J Disorders of Communication; 1990; 25:35-43.
3. Baldessin A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. In: Papaléo Netto M. 9 ed. São Paulo: Atheneu; 1996.
4. Behlau MS, Pontes PA, Ganança M, Tosi O. Presbifonia: tratamento da deterioração vocal inerente à idade. Acta AWHO; 1988; 7. p.110.
5. Bertachini L, Pessini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. São Paulo: O Mundo da Saúde; 2006; 29(4): 491.
6. Bertachini L, Pessini L. Humanização e Cuidados Paliativos**.** São Paulo; Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.
7. Bertachini L, Pessini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. In Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética e Longevidade Humana. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2006. p. 354.
8. Bertolucci P, Ramos LR, Toniolo Neto J, Okamoto IH. Desempenho da População na Bateria Neuropsicológica do Consortion to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Rey Psiq. Clin; 1988; 25: 280-283.
9. Both A. Gerontologia: Educação e Longevidade. Passo Fundo: Imperial;1999.
10. Brucki SMD, Malheiros SMF, Okamoto IH, Bertolucci PHF. Dados normativos para o teste de fluência verbal (Categoria Animais), em nosso meio. Arq. Neuropsiquiatr, 55:156-161; 1997.
11. Chapman S, Ulatowska HK. Differential diagnosis in Aphasia. In: Chapey R. Language Intervention in Adult Aphasia. Baltimore: Williams & Wilkins;1996.
12. Chapey R. Itroduction to language intervention strategies. In: Chapey R. Language Intervention in Differential diagnosis in Aphasia. I: Chapey R. Language Intervention in Adult Aphasia. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
13. Cress C. The handbook of Geriatric Care Management. Gaithersburg, MD: Aspen Publisher; 2001.
14. Damasceno BO. Avaliação da linguagem no sujeito idoso. In Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 527-30.
15. Davis GA, Baggs TW. Rehabilitation of Speech and Language Disorders. In: Jacobs-Condit L. Gerontology and Comunication Disorders. ASHA. Maryland; 1985.
16. Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
17. Gaeth J. A study of phonemic regression associated with hearing loss. Unpublished doctoral dissertation. Chicago: Northwestern Univ.; 1948.
18. Glorig A, Davis H. Age, noise,and hearing loss. Ann Otol Rhinol Laryngol, n. 70; 1961. p. 556-571.
19. Greene M, Mathieson L. Voice mutation: infancy to senescence. In: The voice and its disorders. 5 ed. San Diego: Singular; 1992. p. 59-72.
20. Hinchcliffe R. The anatomical locus of presbycusis. J Speech Hear Dis, n. 27, p. 301-310; 1962.
21. Kédrov MB, Spirkin A. La Ciência. Produção do Russo: José Bravo. México: Editorial Grijalbo; 1971.
22. Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar.In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.
23. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1981.
24. Kubler-Ross E. A roda da vida. Rio de Janeiro: GMT; 1998.
25. Leshan L. O câncer como ponto de mutação. São Paulo: Summus; 1992.
26. Lubinski IR. Dementia and communication. São Diego. Singular Publishing Group; 1995. p. 84.
27. Mansur LL,Viude A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Papaléo MN (org.). São Paulo: Atheneu; 1996.
28. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas:componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília; 2003.
29. Paes da Silva MJ. Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticas: Reflexões. In: Pessinii L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004. p. 263-272.
30. Pessini L. Distanásia — até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2001.
31. Remen RN. Histórias que curam: conversas ao pé do fogão. São Paulo: Ágora; 1998.
32. Russo IP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999
33. Siegler IC, Poow LW, Maddew DJ, Welsh KA. Aspectos psicológicos do envelhecimento normal. In. Busse EW, Blazer DG. Psiquiatria Geriátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 120-140.
34. Silva MJP. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente; 2000.
35. Silva MJP. Humanização em UTI. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1-11.
36. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
37. Tubero AL, Nunn D, Souza PA, Braz M, Matarazzo AG. Linguagem do envelhecer entre muros. In Tópicos em Fonoaudiologia. Marchezan I, Zorzi J, Domes ID (orgs.). São Paulo: Lovise; 1996.
38. Tubero AL. A linguagem do envelhecer : Saúde e Doença. In: Distúrbios da Comunicação. vol. 10. nº 2. Educ-Puc. São Paulo; 1999.
39. ZemlinWR. Speech and hearing science. New Jersey: Englewood Cliffs; 1968. p. 372.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

39 Deglutição e Envelhecimento

Cecília Penha Lima Venâncio

Introdução

O envelhecimento normal é um fenômeno inerente ao processo de vida e varia de indivíduo para indivíduo em diversas dimensões, podendo levá-lo a uma vida isolada, inativa e sem contato social[21].

Segundo Papaléo Netto e Salles[12], o envelhecimento é definido como o período que sucede a fase de maturidade e é caracterizado por declínio das funções orgânicas e, em decorrência, acarreta maior suscetibilidade à eclosão de doenças.

O objetivo maior da Gerontologia, área que estuda o envelhecimento, é prevenir, tratar e cuidar dos problemas característicos do idoso, visando a melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida. Diante do objetivo de priorizar a qualidade de vida do paciente, Venites[19] ressalta que concentrar os atendimentos somente na questão médica seria desconsiderar todos os outros comprometimentos comuns no idoso e que interferem diretamente em sua saúde. Neste sentido surge a necessidade de associar o trabalho geriátrico ao gerontológico, agregando à equipe outros profissionais que atuarão conjuntamente, visando estabelecer, além de funções específicas de cada um, uma meta em comum. A equipe gerontológica é freqüentemente composta de enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, dentista, terapeuta ocupacional, psicólogo e médico.

De acordo com Russo[15], a fonoaudiologia também se detém no estudo desta população, podendo atuar nas áreas de voz, audição, linguagem e deglutição. Em todas essas áreas é fundamental a participação, além do fonoaudiólogo, também dos demais profissionais da equipe interprofissional citada. Sem tentar priorizar a atuação de determinada disciplina e de seu respectivo profissional, não há dúvidas que a inter-relação mais estreita do fonoaudiólogo se faz principalmente com o geriatra, o nutricionista e o enfermeiro. Pode-se afirmar que é no estudo e na tentativa de resolução do problema e de suas complicações que, aliás, são freqüentes e não raramente graves, que se destaca o papel do fonoaudiólogo.

Neste capítulo serão destacados alguns aspectos da deglutição, as modificações decorrentes do envelhecimento, destacando-se a etiopatogenia e as condutas a serem adotadas nas diversas formas de disfagia.

Aspectos Fisiológicos do Envelhecimento

O ato de deglutir é a ação responsável por levar o alimento pelo trato digestivo desde a boca até o estômago, sendo sua função básica nutrir e hidratar o indivíduo, mantendo seu estado nutricional, garantindo assim sua sobrevivência. A deglutição, embora seja mecanismo reflexo de propulsão do alimento para o trato esofágico inferior, desencadeia-se a partir de uma

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

série de movimentos voluntários de preparação do bolo alimentar. É uma ação motora automática, na qual estão envolvidos músculos da respiração e do trato gastrintestinal. Macedo Filho, Gomes e Furkin[9] definem a deglutição como um ato reflexo complexo, multi-sináptico, com respostas motoras padronizadas e modificáveis por alteração no estímulo, no volume e na consistência do bolo alimentar. A sua eficiência depende da complexa ação neuromuscular, além da intenção de se alimentar. É um processo composto por quatro fases intrinsecamente relacionadas, seqüenciais e harmônicas, e quatro áreas anatômicas.

Fases da Deglutição

As fases preparatória oral e oral propriamente dita são caracterizadas pela manipulação do bolo alimentar, mastigação, propulsão do bolo alimentar pela língua em direção à faringe, desencadeando reflexo de deglutição. São voluntárias e seu controle depende de uma boa habilidade proprioceptiva.

O estágio oral ou fase oral pode estar comprometido devido às alterações nas estruturas da cavidade oral, nas suas características anatômicas e fisiológicas associadas ao próprio envelhecimento. A força muscular reduz com a idade devido a uma diminuição do número de fibras musculares e seu volume individual. Os músculos se tornam menos elásticos, portanto, menos flexíveis. Em geral, a pessoa idosa apresenta uma diminuição dos movimentos que são caracteristicamente mais lentos. Muitas alterações musculares não vêm da atrofia, mas de uma degeneração dos nervos que inervam os músculos, o que pode acelerar ou retardar as contração muscular.

Estudos mostram que a força de mordida dos músculos mastigatórios diminui com a idade, a qual é justificada pelo processo de atrofia muscular ou pela redução na eficiência bioquímica devido às mudanças nas ligações musculares.

A perda da dentição naturalmente ou o uso de prótese mal ajustadas associadas à redução da força mastigatória afetam a função da mastigação na medida em que dificultam o preparo do bolo alimentar, podendo levar à fadiga prematura durante a alimentação. As próteses mal adaptadas interferem nos receptores mecânicos e sensoriais do palato duro. As zonas de maior densidade de receptores estão localizadas na posição anterior da boca, preferencialmente na língua, mucosa palatina e gengival, sendo capazes de diferenciar, com alto grau de precisão, o tamanho, a textura e a forma de qualquer alimento na boca. Essa estereognosia bucal vai decaindo com a idade, talvez pelo decréscimo da concentração de receptores do tato.

Estima-se que 50% dos americanos percam todos os dentes em torno dos 65 anos e 67% com aproximadamente 75 anos. Os ossos do complexo mandibular do idoso apresentam sinais de osteoporose, cuja origem pode ser atribuída a vários fatores, entre os quais a própria idade. Pacientes que apresentam total reabsorção dos processos alveolares e também parte do corpo da mandíbula deixam desprotegidos os nervos mandibulares e mentoniano, provocando fenômenos dolorosos intensos. A articulação temporomandibular (ATM) pode apresentar vários graus de subluxação devido, principalmente, à diminuição do tônus muscular, acarretando posições que dificultam o fechamento da boca.

Na língua ocorrem alterações significativas: o número de papilas gustativas diminui e o epitélio torna-se mais delgado. Estudos também referem que há um maior aumento no tamanho da fibra muscular com um crescimento do tecido conectivo e depósito de gordura, indicando atrofia dos músculos da língua. Há, conseqüentemente, uma redução da sua força e mobilidade. Entretanto o seu tamanho não muda significativamente com a idade. Não há registros de alterações significativas na deglutição devido a essas mudanças. A atrofia responde pela redução do tamanho do bolo alimentar, o que pode colaborar na explicação da preferência dos idosos por alimentos pastosos. Mas há relatos de que os movimentos rápidos e alterados sofrem alterações nos idosos entre as faixas de 66 e 93 anos. Tais dados sugerem uma diferença nos movimentos musculares requeridos para um ritmo da fala acelerado e para a deglutição, indicando uma suscetibilidade maior dos movimentos relacionados à fala devido às alterações relacionadas à idade. Além disso, o desequilíbrio neuromuscular conduz a imprecisão articulatória. Observou-se um adelgaçamento na mucosa oral, com perda da elasticidade e da ligação ao tecido conectivo, músculos e ossos. Essa condição torna o epitélio oral suscetível ao trauma retardando a sua cicatrização. A menor lubrificação devido à diminuição dos glóbulos salivares, ressecando a mucosa oral agrava a condição anterior, dificultando, inclusive, o manuseio do bolo alimentar. O epitélio oral também pode sofrer mudanças de inervação sensorial. Dados conclusivos indicam que a diminui-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ção das células sensoriais acarreta uma redução da sensibilidade na região orofacial.

O paladar e o olfato são importantes no desenvolvimento de atitudes e comportamentos com relação aos alimentos aos hábitos nutricionais e ao próprio processo da deglutição. Tais atitudes relacionam-se com a motivação e o prazer pelo ato de alimentar-se, a seleção e o manuseio do bolo alimentar. Ambos também respondem pelo estado de alerta, servindo de proteção contra situações que comprometem a saúde, tais como alimentos contaminados. Dados indicam que idosos de faixa ataria de 80 anos apresentam declínio da percepção olfativa, com alterações na sensibilidade, reconhecimento e discriminação de odores cotidianos.

O sentido do paladar esta intimamente relacionado aos sentidos do olfato e da vida. A percepção gustativa pode ser realçada ou reduzida pela visão ou odor do alimento. Os idosos apresentam sensibilidade gustativa preservada para o amargo e o azedo, ao passo que demonstram uma diminuição da capacidade para perceber o doce e o salgado por volta dos 60 anos. A redução das papilas gustativas, associada à alteração do olfato, compromete informações sensoriais cruciais.

Robbins, Hamilton e Rof[12] relatam mudanças significativas da duração na fase preparatória oral, sendo significativamente mais longa para o grupo etário mais velho quando comparado ao grupo de sujeitos mais jovens.

A fase faríngea é representada pela passagem do bolo alimentar pela faringe. Alguns autores revelam que a diminuição do tecido conectivo da musculatura supra e infra-hióidea resulta em uma redução da elevação e anteriorização da laringe e em uma diminuição da força de fechamento da entrada das vias aéreas superiores. Essa diminuição leva ao relaxamento incompleto do esfíncter esofágico superior. Verifica-se também uma redução da força de contração faríngea.

As evidências são inconclusivas quanto à condição de espessamento dos epitélios laríngeos devido aos efeitos do envelhecimento. As glândulas da mucosa na laringe degeneram e atrofiam nas pessoas acima de 70 anos, resultando no ressecamento da mucosa laríngea, e conseqüentemente, predispondo-a a traumas e doenças. Investigações indicam que os músculos laríngeos sofrem degeneração e atrofia durante o envelhecimento. Há discordâncias quanto aos grupos musculares mais afetados e a etiologia ainda não foi estabelecida. Autores relatam atrofia nos músculos intrínsecos, com perda da elasticidade interferindo na adução das pregas vocais, dificultando assim a proteção das vias aéreas. Há relatos que o atraso na evocação do reflexo da deglutição é uma das mudanças mais bens documentadas na função da deglutição associada coma idade, Robins e col.[14] relatam um retardo no início da excursão hiolaríngea máxima.

Os movimentos da laringe e hióide sofrem influência das características do material deglutido. O volume e a consistência modificam a biomecânica da deglutição, ocorrendo adaptações que impedem o prolongamento excessivo do trânsito. Alguns trabalhos indicam não ter sido encontrada correlação significativa entre idade e consistência. Mas a duração da transição do estágio, duração da excursão velar e a duração do trânsito faríngeo foram todas significativamente mais longas para bolos semi-sólidos do que para os bolos líquidos.

Interações significativas entre envelhecimento e mudanças no tempo de duração foram verificadas em quatro variáveis: na transição do estágio oral para região faríngea, no trânsito faríngeo, na abertura do esfíncter esofágico superior e no total da deglutição. Há dados sugestivos de que o aumento na duração seja em grande parte responsável pela deglutição mais lenta com o aumento da idade. No entanto, achados indicam que esse aumento na duração de transição orofaríngea isoladamente, no grupo de indivíduos mais idosos, não leva à aspiração. Há relatos contudo de que em adultos com idade superior a 80 anos acontecem microaspirações de consistência líquida consideradas normais devido a uma redução da inclinação epiglótica.

Existem controvérsias quanto às mudanças na abertura do esfíncter esofágico superior verificadas no processo do envelhecimento. Tracy e col.[18] descreveram durações menores de abertura. Também verificaram, em um grupo de idosos normais, que a elevação laríngea não ocorreu até que o bolo alimentar alcançasse o nível das valéculas. Outros autores relatam uma elasticidade reduzida do tecido faríngeo, resultando em aumento do resíduo nessa região. A sensação faríngea também diminui com a idade, tendo implicações para os aspectos sensoriais de proteção das vias aéreas.

O trânsito dos alimentos pode também estar dificultado pela presença de pregas, divertículos faríngе-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

os e osteófitos que exercem pressão na parede posterior da faringe, ocorre estase no nível do esfíncter esofágico superior, potencializando a penetração laríngea e provocando riscos aspirativos. Quando os osteófitos localizam-se na altura C3–C4, a inclinação da epiglote pode estar dificultando para um dos lados.

A fase esofágica tem como finalidade transportar o bolo alimentar do esôfago até o estômago, através de movimentos peristálticos. Durante o envelhecimento, o trânsito do bolo alimentar através do esôfago mostra-se reduzido devido à diminuição da amplitude das contrações peristálticas. Essa diminuição deve-se ao problema de espessamento da musculatura involuntária que ocorre no processo de envelhecimento normal. Dados da literatura referem uma diminuição na pressão de repouso de esfíncter esofágico superior ao se comparar o desempenho entre sujeitos jovens e idosos. Essa redução da pressão responde pela propensão dos idosos aos efeitos do refluxo acima do segmento faríngeo esofágico. Outros autores também indicam um aumento da disfunção cricofaríngea e refluxo gastroesofágico nos adultos idosos normais.

Achados de mudanças na função esofágica caracterizam atraso no esvaziamento esofágico, aumento das ondas não-peristálticas e aumento da dilatação esofágica. Alterações estruturais ósseas tais como osteoporose e cifose da coluna torácica aumentam a angulação da coluna em relação ao esôfago, na altura do arco da aorta, com potencial para estase ou completa obstrução.

Alterações da Deglutição Relacionadas ao Envelhecimento

Estas alterações podem acarretar o que é denominado disfagia; distúrbio com sinais e sintomas específicos caracterizados por alterações em qualquer fase da dinâmica da deglutição, podendo ser congênito ou adquirido após comprometimento neurológico, e trazer prejuízo ao aspecto nutricional, à hidratação, ao estado pulmonar, ao prazer alimentar e social do indivíduo[3,4].

Em relação a disfagia no idoso, Jacobs-Condit[5], 1985 relatam que, devido às diversas causas, os sintomas podem variar muito entre diferentes indivíduos. Dificuldade de iniciar a deglutição, acompanhada de tosse, engasgo e regurgitamento por via nasal é indicativo de disfagia orofaríngea; quando o alimento pára ou fica preso depois de engolido, sugere disfagia esofágica; se a dificuldade estiver presente apenas com alimentos sólidos, sugere obstruções mecânicas; se para sólidos e líquidos é sugestivo de distúrbio neuromuscular.

Esses autores também ressaltam o papel dos medicamentos como causa da disfagia em idoso, uma vez que alguns fármacos reduzem o funcionamento da musculatura involuntária, diminuindo a motilidade esofágica e as pressões sobre o esfíncter esofágico inferior. Outras drogas ressecam a cavidade oral (o que altera o paladar e a preparação do bolo alimentar pela falta de saliva) e as mucosas faríngeas.

As Conseqüências dos problemas agudos e/ou crônicos da deglutição em idosos incluem desidratação, desnutrição, aspiração, pneumonia, depressão, problemas psicossociais, ansiedade, depressão e morte, em alguns casos.

Disfagia: Conceituação e Classificação

Há vários conceitos de disfagia descritos na literatura. O conceito teórico adotado pelo profissional norteia a sua prática clínica. A visão a ser assumida deve ser abrangente, relacionando-se o quadro do distúrbio da deglutição à recuperação funcional, como condições imunológicas satisfatórias e motivação do paciente. Assim, a definição que contempla a interação desses aspectos e que nos parece mais apropriada é a de Furkim e Silva[16], que descrevem a disfagia orofaríngea como um distúrbio da deglutição, com sinais e sintomas específicos caracterizados por alterações em qualquer etapa e/ou entre etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congênita ou adquirida após comprometimento neurológico mecânico ou psicogênico podendo trazer prejuízo ao aspecto nutricional, de hidratação, ao estado pulmonar, ao prazer alimentar e social do indivíduo.

A classificação da disfagia pode ser estabelecida em função da fase comprometida da deglutição em: disfagia oral, disfagia orofaríngea e disfagia esofágica. Cumpre ressaltar que esta é uma classificação didática, visualizando-se, na prática, as fases inter-relacionadas e interdependentes. As formas mais graves de disfagia são conseqüentes a disfunções orofaríngeas. O perfil dos pacientes idosos hospitalizados indica uma maioria portadora de afecções neurológicas ou neuromusculares que podem levar à disfagia orofaríngea.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As mesmas autoras propõem uma classificação da disfagia orofaríngea neurogênica em adultos quanto aos níveis de gravidade. Os graus de comprometimento são:

1. disfagia leve:
   - a dificuldade maior é no transporte oral do bolo alimentar;
   - presença de estase em pequena quantidade em recessos faríngeos, sem penetração laríngea;
   - ausência de broncopneumonias de repetição e de perdas nutricionais.
2. disfagia moderada:
   - dificuldade no transporte oral do bolo alimentar;
   - presença de estase em recessos faríngeos com sinais sugestivos de penetração laríngea e pequena quantidade de material aspirado;
   - eventuais pneumonias, distúrbio nutricional e alteração do prazer alimentar.
3. disfagia grave:
   - grande quantidade de estase em recessos faríngeos, com sinais sugestivos de penetração laríngea em grande quantidade de material aspirado;
   - pneumonia de repetição, desnutrição e alteração do prazer alimentar com impacto social.

A correlação da deglutição com a funcionalidade também se faz necessária introduzindo o conceito de eficiência.

Os parâmetros definidos são:

- *deglutição normal:* quando não se verifica alteração nos mecanismos das fases oral e faríngea;
- *deglutição eficiente:* quando há alteração nas fases oral e faríngea, porém com possibilidades de introdução da dieta oral, sem riscos de aspiração substancial;
- *deglutição ineficiente:* quando há alterações nos mecanismos das fases oral e faríngea, comprometendo a eficiência da deglutição e apresentando riscos evidentes de aspiração substancial.

A Dinâmica da Deglutição Incidência e Prevalência

Segundo Sheth-Dinero e Palmer[17], idosos assintomáticos podem aspirar pequenas partículas de alimentos durante a seqüência rápida da deglutição. A musculatura esofágica apresenta diminuição na força e na tonicidade, produzindo secura da amplitude das contrações peristálticas. A presença de hérnia hiatal e refluxo gastroesofágico aumentam. Essas mudanças resultam em trânsito lento, retenção aumentada e dilatação do esôfago. Na avaliação por imagem, percebe-se uma interrupção na onda peristáltica, na junção do músculo e estriado comum com a musculatura de transição estriada e lisa, à altura do arco órtico, permanecendo bário em torno do arco após a passagem da onda primária.

A diminuição da motilidade é caracterizada pelas contrações terciárias não propulsivas, envolvendo longos segmentos do esôfago, associados à diminuição do relaxamento do esfíncter esofágico superior.

A dinâmica da deglutição foi estudada por Bilton[1] em adultos assintomáticos com dificuldades de deglutição, por meio do videodeglutoesofagograma, com o objetivo de identificar os eventos nas fases oral, faríngea e esofágica e determinar as variações associadas ao envelhecimento. A análise dos resultados permitiu concluir que os eventos da deglutição apresentaram alterações com o avançar da idade: a mastigação mudou com a utilização de próteses dentárias, revelando menor balanceio lateral, movimento mais anteriorizado e ingestão de menor volume de alimento, mas não interferiu no preparo e na ligação do bolo alimentar com a saliva. A observação através da imagem identificou a diminuição do volume dos lábios, da língua, reabsorção dos alvéolos dentários, diminuição da tonicidade do palato mole e mudança na conformação da epiglote que se forma menor e mais angulosa no grupo com mais de 65 anos.

Apesar de todas modificações observadas, não houve alterações significativas no objetivo funcional.

Os mecanismos da proteção das vias aéreas não apresentaram falhas, não houve episódios de permeação laríngea ou aspiração em nenhum voluntário.

A presença de contrações terciárias e de retardo de esvaziamento esofágico foi mais prevalente nos idosos do que nos voluntários.

Todos os voluntários deste estudo estavam bastante adaptados a essas mudanças, alimentando-se sem nenhuma dificuldade.

Pesquisas realizadas na Europa demonstraram que mais de 16% da população de idosos queixavam de algum grau de disfagia. Tal cifra pode chegar a 60% quando se analisam idosos internados em casas de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

repouso, onde a prevalência de alteração cognitiva é alta. Alguns desses estudos referiam menor expectativa de vida, decorrente da maior incidência de problemas respiratórios em idosos com disfagias, quando comparados com indivíduos da mesma faixa etária que não apresentavam sintomas[11].

A elevada ocorrência de disfagia entre as pessoas idosas pode ser explicada por vários fatores, dentre eles: problemas de mastigação por deficiência da arcada dentária ou por prótese inadequadas; diminuição do volume de saliva devido a ingestão de medicamentos; denervação senil do esôfago; presença de afecções associadas que comprometem a atividade motora visceral como, por exemplo, neuropatias, miopatias, diabetes; e o uso de medicamentos que potencialmente podem comprometer a atividade muscular dos orgãos envolvidos na deglutição como bloqueadores de canais de cálcio e nitratos. Os sintomas mais freqüentes observados em decorrência desses distúrbios são disfagia e dor torácica com características clínicas que se assemelham à dor decorrente de isquemia miocárdica. As afecções esofágicas que costumam desencadear tal tipo de dor são a doença do refluxo gastroesofágico e os distúrbios motores do esôfago.

Já os estudos de prevalência sugerem que entre 28% e 45% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) irão apresentar disfagias durante o estágio agudo. Outros apontam que a disfunção da deglutição foi associada a uma maior mortalidade em pacientes com AVE. Há relatos sugerindo menor expectativa de vida decorrente de maior incidência de problemas respiratórios e nutricionais em indivíduos idosos com disfagia quando comparados aos indivíduos da mesma faixa etária que não apresentam tal sintoma.

A importância dos distúrbios da deglutição no final da vida reflete-se na alta incidência de pneumonias aspirativas em estudos de autópsias realizados. A pneumonia por aspiração causa 19% das mortes durante a anestesia, 65% das mortes em doenças terminais e 6% das mortes que seguem agudamente o AVE. Essas ocorrências sugerem que o impacto da disfagia na homeostase de um indivíduo no decorrer da reabilitação e na qualidade de vida não deve ser subestimado.

Análises de populações específicas, como as de centros de tratamento prolongado, também foram realizadas, constatando-se que em casas de repouso mais de 90% dos pacientes com disfagia estavam recebendo dieta inadequada. Em uma instituição com 668 leitos psiquiátricos, em que a maioria dos pacientes tinha mais de 65 anos, a incidência de disfagia era de 66%.

Disfagias Neurogênicas: Fatores Causais e Breve Caracterização

A disfagia neurogênica é uma desordem do processo de deglutição causada por distúrbio neurológico. Afeta as ações musculares responsáveis pelo transporte do bolo alimentar da cavidade oral para o esôfago. A fase esofágica também pode estar deteriorada, mas é raro constituir-se em frente de problemas clínicos evidenciadas. Na maioria dos casos os sintomas e complicações da disfagia neurogênica decorrem das disfunções sensório-motoras das fases oral e faríngea da deglutição. Também é causada por fatores estruturais, mecânicos e iatrogênicos, que serão citados, mas não constituem objeto de interesse deste capítulo.

Os sintomas da disfagia neurogênica incluem: controle de saliva reduzido, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, dificuldade em controlar secreções, episódios de engasgo e/ou tosses durante a alimentação, alteração vocal e alimento retido ma garganta. As complicações clínicas se caracterizam por desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, asfixia e outras alterações pulmonares. Às vezes o paciente apresenta sintomas sutis, apesar da presença do distúrbio da deglutição. Uma das justificativas para o mascaramento desse quadro são as compensações realizadas pelo paciente de forma voluntária ou involuntária para essas dificuldade. São os processos de ajustes realizados quanto aos hábitos alimentares, alterando a consistência, diminuindo a quantidade, deglutindo múltiplas vezes, utilizando o líquido para auxiliar a ingestão dos sólidos, aumentando a freqüência das refeições e/ou isolando-se dos demais membros de sua família.

Outra situação em que o sintoma da disfagia pode ser sutil, mas grave, é a diminuição do reflexo de tosse, ocasionando a aspiração silenciosa. Tal ocorrência se deve a vários fatores, entre eles a perda da sensação laríngea, aspirações crônicas que dessensibilizam o reflexo da tosse, intubação endotraqueal, traqueostomia, medicações e alterações cognitivas que dificultam a percepção e a exposição do problema. O quadro clínico pode também estar sendo mascarado

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pela existência de casos de disfagia neurogênica de causas não explicadas, ou seja, a dificuldade com a alimentação constitui o problema primário ou inicial do distúrbio neurológico que pode não ter sido identificado.

As desordens neurológicas podem afetar o córtex cerebral, tratos subcorticais, tranco cerebral, nervos encefálicos, junções neuromusculares e músculos.

Serão apresentadas a seguir as principais causas da disfagia, com um enfoque pormenorizado dos distúrbios neurológicos, principalmente os AVEs, doença de Parkinson e doença de Alzheimer, por serem mais prevalentes em nossa demanda hospitalar.

Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Este tem sido apontado como a causa neurológica mais comum de disfagia. Em geral o acidente vascular cerebral hemorrágico é mais grave que o isquêmico, porém este apresenta maior incidência. Em termos de disfagia, o AVE de tronco está relacionado como causa de deterioração orofaríngea mais severa que o AVE hemisférico. A incidência de infarto e hemorragia encefálica aumenta com a idade. A gravidade depende da extensão e localização desses eventos. Infarto encefálico extenso tende a ser decorrente do envolvimento de vasos encefálicos de grande calibre (tais como artéria cerebral média). As lesões vasculares interrompem o processo neurofisiológico normal de deglutição por afetarem a transmissão de impulsos das fibras corticonucleares (bulbo, ponte, mesencéfalo), que se estendem desde o córtex até os núcleos inferiores do tronco encefálico. Infartos no nível do tronco encefálico produzem usualmente disfagia secundária ao envolvimento dos nervos cranianos (V, VI, IX, X e XII) ou das fibras corticonucleares. Isto ocasiona alterações na fase orofaríngea, assim como permite que resíduos alimentares permaneçam na cavidade oral aumentando a chance de aspiração. A Tabela 39.1 mostra as causas mais comuns de disfagia no idoso.

Extensas isquemias hemisféricas são usualmente secundárias a ateroembolismo de artéria carótida interna ou embolia cardíaca. Grandes AVEs tendem a se relacionar ao comprometimento extenso do território da artéria cerebral média e são caracterizadas por hemiparesias contralaterais e, se ocorrem em hemisfério dominante (usualmente o esquerdo), também por disfunção da linguagem. Podendo causar, quando importante, disfagia orofaríngea por dano no trajeto corticobulbar que associa o centro cortical voluntário da deglutição (localizado na região frontal interna) com o núcleo bulbar que por último, regula o mecanismo da deglutição. Podem existir diferenças entre os AVEs hemisféricos direito e esquerdo nas fases oral e faríngea da deglutição. Lesão do lado esquerdo podem comprometer a fase oral e lesões do lado direito tendem a comprometer a fase faríngea, que mais comumente resulta em aspiração. Já os AVEs bilaterais produzem com maior freqüência disfagia orofaríngea mais severa.

Tabela 39.1 Causas de Disfagia no Idoso

- Causas neurológicas
  - Acidente vascular encefálico
  - Demência multiinfarto
  - Doença de Parkinson
  - Esclerose lateral amiotrófica
  - Doença de Alzheimer
  - Tumores do tronco encefálico
  - Polimiosite
- Causas secundárias a problemas de cabeça ou pescoço
  - Neoplasia de boca
  - Lesões cirúrgicas envolvendo cabeça ou pescoço
  - Falta de peças dentárias ou dentes cariados e/ou quebrados
  - Traqueostomia
  - Doença da tiróide
  - Radiação ou lesão pós-cirurgia de cabeça e pescoço
  - Infecções virais por herpes ou citomegalovírus
- Causas esofágicas
  - Esofagites
  - Divertículos
  - Carcinomas
  - Espasmo esofágico
  - Acalasia
  - Escleroderma

Os AVEs hemisféricos podem ser pequenos e graves, principalmente em regiões periventriculares. Estes AVEs lacunares ocorrem devido à oclusão de arteríolas por trombos lipo-hialinos, um processo associado a idade, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. O trajeto corticobulbar, que passa pelas cápsulas internas periventrículares, pode ser interrompido por AVEs lacunares resultando em disfagia.

Uma pesquisa retrospectiva de Ding e Logemann[8] foi realizada com 378 pacientes que tiveram aciden-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

te vascular de junho de 1994 a junho de 1997. A amostra foi dividida em dois grupos; 101 indivíduos que tiveram pneumonia e 227 sem pneumonia. A idade média do primeiro grupo era de 70 anos e a do segundo grupo, 72 anos.

Os autores observaram que a ocorrência de pneumonia apresentou relação significante com história médica de hipertensão e diabetes mellitus, e com aspiração associadas a elevação laríngea. Houve aspiração em 48% dos pacientes do estudo.

O acidente vascular cerebral do tronco pode resultar de extenso comprometimento vascular e freqüentemente produz disfagia orofaríngea, por envolvimento de múltiplos tratos e núcleos relacionados ao controle da deglutição, especialmente o trato corticobulbar e o núcleo ambíguo medular. Corriqueiramente, um AVE de tronco prejudica múltiplas estruturas. Ocasionalmente, o AVE de tronco pode ser discreto e, portanto não só apresentar única ou predominantemente a disfagia, como também individual à ressonância magnética.

Doença de Parkinson

A doença de Parkinson é uma doença progressiva, provavelmente determinada pela interação de uma predisposição genética com fatores ambientais, na qual a perda gradual dos neurônios da substância negra leva a um quadro clínico complexo, caracterizado por manifestações como hipominia, bradicinesia, desequilíbrio, marcha em bloco, tremor em repouso, disfagia, que é, mais freqüentemente, atribuída a anormalidades faringoesofagianas, porém pode acontecer na fase oral onde o bolo alimentar fica retido na boca pela mobilidade da língua reduzida comprometendo a passagem do bolo alimentar.

A progressão da doença leva ao prejuízo dos mecanismos de proteção da laringe, o que provoca a aspiração. A disfagia é um achado freqüente na doença de Parkinson, embora usualmente de uma forma não muito grave. A doença de Parkinson pode potencialmente apresentar todos os estágios da deglutição, embora os componentes orais é faríngeos sejam os mais comumente afetados sendo que a prevalência da disfagia na doença de Parkinson varia de 18,5% a 100% e a gravidade da mesma tem relação com a gravidade da doença.

Doença de Alzheimer

Os indivíduos com a síndrome demencial do tipo Alzheimer permanecem com a função sensitivo-motora relativamente intacta, incluindo aquela relacionada à deglutição. A perda da função cognitiva na demência pode, no entanto, tornar o paciente dependente com relação ao ato da alimentação. O processo da alimentação pode não ser compreendido, não sendo o paciente capaz de se alimentar. Os efeitos primários da demência na coordenação da deglutição são desconhecidos. Entretanto, a ingestão, por ser bastante limitada, resulta em comprometimento de múltiplos mecanismos que suportam as respostas da deglutição bem-sucedida. Por outro lado, há possibilidade de ingestão de volume maior do bolo alimentar que cada deglutição é capaz de acomodar, podendo provocar estase prematura nas vias aéreas.

Disfagia Induzida por Drogas

Medicamentos representam um papel importante na predisposição à disfagia em idosos. Sabe-se que tanto a quantidade quanto o tipo de medicamentos utilizados aumentam com a idade. Os efeitos adversos das medicações costumam interferir no mecanismo normal da deglutição. Os mecanismos pelos quais os medicamentos podem produzir disfagia são variados. Alguns fármacos reduzem o funcionamento da musculatura involuntária, diminuindo a motilidade esofágica e as pressões do esfíncter esofágico inferior. Outros freqüentemente ressecam a cavidade oral e a mucosa faríngea. O ressecamento excessivo da mucosa oral (xerostomia) interfere no paladar por falta de saliva, mas também inibe o início da preparação do bolo alimentar e da subseqüência reposta da deglutição.

O efeito das drogas pode ocorrer sobre o sistema nervoso central (SNC) e sistema nervoso periférico (SNP).

Sobre o SNC, podem causar:

- depressão do nível de consciência com dificuldade para a deglutição, como no caso de benzodiazepínicos, zolpiden, hidrato de cloral, hidroxine, anti-histamínicos, neurolépticos, barbitúricos, fenotoína e valproato;
- supressão da regulação central da deglutição: deste grupo fazem parte os benzodiazepínicos;
- desordens dos movimentos (discinesia, distonia, parkinsonismo) provocadas por reações extra-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

piramidais, conseqüência do uso de antagonistas da dopanina com os neurolépticos e outras medicações como a metoclopramida.

Sobre o SNP, podem causar:

- bloqueio da junção neuromuscular, que pode provocar fraqueza na musculatura da faringe e aqui incluem-se os aminoglicosídeos, injeção de toxina botulínica;
- miopatia causada por corticosteróides, drogas usadas no tratamento de deslipidimias, colchicina, amiodarona e triptofano;
- bloqueio da sensibilidade orofaringiana, quando são utilizados anestésicos locais, para, por exemplo, realização de endoscopia;
- alteração da salivação provocada por drogas anticolinérgicas, que diminuem a mesma, como no caso dos antidepressivos tricíclicos e anti-histamínicos, e por drogas com ação colinérgica que aumenta a salivação como, por exemplo, os agonistas colinérgicos (betanecol) e os anticolinesterásicos (prostigmina).

É importante lembrar que, ao contrário das causas mais comuns de disfagia, especialmente nos indivíduos idosos, a disfagia induzida por drogas pode ser reversível. A Tabela 39.2 lista o grupo de medicamentos freqüentemente relacionados com xerostomia.

Tabela 39.2 Fármacos que Precipitam a Xerostomia

• Antidepressivos
• Antiespasmódicos
• Anti-hipertensivos
• Broncodilatadores
• Anticolinérgicos
• Anti-histamínicos
• Sedativos e hipnóticos

Intervenções e Condutas Fonoaudiológicas na Disfagia em Pacientes Idosos

A avaliação realizada nos idosos portadores de disfagia orofaríngea neurogênica deve ter qualidade, cabe ao fonoaudiólogo intervir no tratamento de tais disfagias, já que as disfagias de nível esofágicos são acompanhadas por outras especialidades.

Os inúmeros acometimentos dos quais o idoso é portador pode estar dificultando o diagnóstico diferencial, além da interação medicamentosa. O declínio do olfato do limiar de sensibilidade dos órgãos fono-articulatórios, diminuindo a capacidade para perceber os sabores; além da incapacidade do paciente de cooperar nos testes diagnósticos tende a dificultar mais esse processo.

É fundamental que um fonoaudiólogo trabalhe em uma equipe interdisciplinar, já que a reabilitação envolve aspectos médicos, cognitivos, sociais, emocionais e terapêuticos. Se o fonoaudiólogo não trabalha em uma equipe interdisciplinar, deve estar consciente da necessidade de encaminhamento do caso a outro profissional, quando necessário. E tenha uma concepção mais globalizada funcional de saúde. Nesta concepção estão incluídas:

- indicadores que ajudem de forma objetiva o diagnóstico da disfagia com seus níveis de agravamento e que permitam verificar a evolução dessas condições. Estes indicadores baseiam-se nos riscos aspirativos que comportam a redução na elevação laríngea, alteração da ausculta cervical, presença de tosses antes, durante ou após a deglutição e alteração vocal após a deglutição;
- critérios de eficiência ou não eficiência e normalidade da deglutição para introdução ou não da dieta por via oral e quanto à mobilidade das estruturas estomatogmáticas;
- a autonomia que interferirá nas decisões ao ato da alimentação;
- os níveis de independência comunicativa, motora, alimentar, habilidades do paciente nas atividades do dia a dia. Porém, é mais significativo o desempenho do idoso nessas balidades, previlegiando-se também os itens da compreensão, memória, resolução de problemas e locomoção. Essas informações são, também, essenciais para caracterizar a condição mórbida atual do paciente;
- a intervenção paciente-família cuidador.

Portanto, a avaliação fonoaudiológica "completa" compõe-se de detalhes sobre o histórico do paciente, exames das estruturas estomatogmáticas envolvidas na deglutição suas relações e funcionalidade dentro desta dinâmica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Avaliação Fonoaudiológica à Beira do Leito

Tópicos Envolvidos na Investigação Inicial

Condições Pré-Mórbidas e Mórbidas

- Aspectos nutricionais, pulmonares, de hidratação e outros comprometimentos.
- Interações hospitalares.
- Exames e medicamentos utilizados.
- Presença de distúrbios da motricidade global.
- Presença de distúrbios da sensibilidade global.
- Presença de alterações sensoriais da audição e visão.
- Presença de alterações comunicativas.

Aspectos das Alimentações Atuais e Anteriores

- Motivação e prazer para se alimentar.
- Independência alimentar.
- Hábitos alimentares, dificuldades e rotina.
- Modificações alimentares e suas evoluções.
- Dieta atual.

Higiene Oral e Dentição

- Uso de prótese ou dentição natural (manutenção e funcionalidade).

Aspectos Sociais

- Família e/ou cuidador e/ou ambiente.

Questões Levadas Junto ao Paciente

Comportamentais

- Nível de alerta e atenção.
- Cooperatividade.
- Consciência ou não da dificuldade.
- Postura geral.

Comunicação e Cognição

- Níveis de compreensão, emissão, atenção, iniciativa e memória.
- Presença de afasia, disartria e/ou apraxia.
- Distúrbio da voz.

Reflexos Orais

- Presença de reflexos patológicos de procura, de mordida, nauseoso, anteriorizado e sucção.
- Presença de reflexos normais em hipo ou hiperatividade.
- Presença de reflexos posturais.

Avaliação Clínica da Dinâmica da Deglutição

A avaliação clínica da dinâmica de deglutição pode ser realizada por meio de métodos diretos ou indiretos.

A avaliação por métodos indiretos se dá sem a introdução de dieta por via oral, pesquisando-se os graus de sensibilidade, força e coordenação das musculaturas orofacial, mastigatória, da língua e do véu palatino.

A avaliação por métodos direitos ocorre com introdução de dieta por via oral, observando-se a fase oral e faríngea da deglutição, que favorecem a relação entre estruturas e funcionalidade.

Logemann[6] relata que 40% das avaliações à beira do leito não identificam a presença de aspiração. Sugerindo de realização de avaliações complementares tais como videofluoroscopia e nasofibroscopia funcional.

A videofluoroscopia não é um instrumento disponível em todos os serviços hospitalares, apesar de ser considerado ideal para verificar se o paciente está aspirado e/ou microaspirando. É indicado também para pacientes com distúrbios neurológicos, do trato digestivo, submetidos à cirurgia de cabeça e pescoço ou que apresentem queixa em relação à deglutição. A contra-indicação é para pacientes com sinais claros de existência de aspiração, tais como secreção endotraqueal e resíduo alimentar, com comprometimento grave, reflexo de tosse, nível de consciência rebaixado, ausência do reflexo faríngeo e instabilidade clínica importante, entre outras.

A nasofibroscopia funcional é um estudo endoscópico funcional da deglutição que permite detectar alterações estruturais como: edemas, inflamações da mucosa, estenoses, lesão das regiões tumorais, entre outras e funcionais das regiões naso, oro e hipofaríngeas, laringe e traquéia, tais como paresia ou paralisia do véu palatino, da parede faríngea e estruturas laríngeas, espasmos, estases em valéculas e seios piriformes e passagem do alimento para a via aérea.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A atuação com o paciente disfágico requer uma abordagem interdisciplinar, na qual o raciocínio clínico junto aos demais profissionais da equipe envolvidos no atendimento é essencial; principalmente a identificação dos achados clínicos sugestivos de alterações da deglutição devem ser analisados em conjunto para que favoreça o planejamento das condutas apropriadas a cada caso.

No caso de pacientes em fase aguda, as avaliações formais não são indicadas. O objetivo é realizar uma triagem para detecção de um distúrbio da deglutição que possibilite intervenção emergencial, adaptações e ajustes ambientais. O foco de atenção no manejo desse paciente deverá estar centrado na garantia de uma nutrição e hidratação seguras e adequadas. A ingestão oral inadequada do paciente neste estágio resulta em sérias complicações, como a pneumonia aspirativa, a desnutrição e/ou desidratação. Tais complicações conduzirão a uma hospitalização aguda prolongada, retardando o início de uma reabilitação intensiva.

Alguns pacientes neurogênicos os que se encontram na fase aguda pós AVE, não são capazes de cooperar e participar dessa avaliação. Além disso, alguns ambientes de cuidados agudos não fornecem suporte adequado de pessoal qualificado ou de equipamento diagnóstico potencializado dificultando o diagnóstico clínico completo.

A triagem deverá estar direcionada para a capacidade ou incapacidade do paciente para a manutenção de uma alimentação via oral sem riscos aspirativos, com dieta regular com consistência e hidratação satisfatória. Caso não seja viável, deverá ser realizado um gerenciamento da alimentação. Na impossibilidade de ser mantida uma ingestão oral segura, mesmo com as adaptações realizadas (consistência adaptadas, velocidade reduzida; suplemento nutricional; entre outros), as vias de alimentação alternativas deverão ser consideradas. Além do prognóstico do paciente, ou seja, as possibilidades de reabilitação da via oral do doente e o tempo necessário para realização deste procedimento, pois irão influenciar na decisão do tipo de via alternativa a ser utilizada. Ressalta-se que a modificação da consistência em relação às formas alternativas de alimentação não oral é importante, pois ela mantém a estimulação intra-oral, preservando os mecanismos sensório-motores envolvidos no processo da deglutição. Ela é também, funcional e reduz a probabilidade de atrofiar a musculatura por falta de uso. Essas intervenções são apropriadas para esse estágio da doença, assegurando uma condição clínica estável e satisfatória para que o mesmo possa se favorecer do processo da reabilitação.

Reabilitação

A reabilitação fonoaudiológica tem como objetivo alcançar a independência funcional do indivíduo, ou seja, o objetivo maior não está centrado na exclusão do distúrbio mas é importante garantir que as atividades rotineiras sejam realizadas com funcionalidade. O objetivo maior é, portanto, que a alimentação ocorra de forma eficiente, de acordo com as possibilidades de cada caso[1]. Evidências têm sugerido cada vez mais que a identificação precoce e o manejo da disfagia podem facilitar a retomada da alimentação oral segura, eficiente e prazerosa, refletindo positivamente na recuperação funcional e na qualidade de vida do paciente. Devem ser estabelecidos metas e planejamento de trabalho a curto e a médio prazo, voltados para a otimização da reserva funcional do paciente e não para a normalização ou tratamento do distúrbio da deglutição.

Como foi dito anteriormente, a reabilitação tem como meta a independência funcional do idoso, seja motora, comunicativa ou alimentar. Na disfagia orofaríngea, essa independência é atingida quando se conquista uma alimentação eficiente, sem complicações clínicas e de acordo com as possibilidades e capacidades do paciente ou a qual ele é capaz de adaptar-se. Essas condições estão relacionadas com a autonomia, e a intervenção nas múltiplas limitações funcionais motoras, sensoriais e/ou cognitivas das quais o idoso portador de disfagia geralmente é acometido não é tarefa fácil[4]. Essa otimização é conquistada basicamente através de mecanismos compensatórios ou facilitadores, além de estratégias terapêuticas. Facilitar ajustes ou conquistas a serem atingidas quanto às habilidades de alimentação e deglutição são esforços interdisciplinares.

Para tanto são importantes também o envolvimento do paciente e sua família e/ou cuidador; as condições cognitivas do paciente, os achados clínicos encontrados, o tipo e grau de disfagia, as possibilidades de introdução da via oral e os riscos aspirativos e o estado de saúde atual. A reabilitação poderá iniciar-se quando o quadro clínico do paciente estiver estabilizado e o gasto energético exigido durante a sessão terapêutica não comprometa seu estado geral.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para pacientes que aspiram quaisquer consistências e volumes do alimento são indicadas técnicas sem apresentação do alimento, visando melhorar as condições de força, mobilidade e sensibilidade geral das estruturas orofaríngeas envolvidas no processo da deglutição para favorecer ao paciente a ingestão de via oral gradativamente e de forma segura. Agora para pacientes em que há possibilidades de alguma ingestão via oral, as técnicas podem ser introduzidas com apresentação do bolo alimentar. Nessa técnica objetiva-se a melhoria das condições sensório-motoras, o treino da eficiência e funcionalidade da deglutição com estratégias compensatórias, manobras posturais e facilitadores em dependência dos níveis de comprometimento apresentados.

Tais estratégias compensatórias envolvem adaptações ambientais, como mudança de volume, consistência, quantidade e de temperatura do bolo alimentar. Elas estão na dependência direta do profissional.

Autores acreditam que a intervenção mais adequada para a disfagia orofaríngea deve utilizar a própria deglutição como estratégia, uma vez que comporta o aspecto psicológico do ato de se alimentar, a motivação e o prazer que o alimento real causa no paciente. Desta forma, o melhor estímulo utilizado para intervir na disfagia é o uso do próprio mecanismo da deglutição.

A eficácia da reabilitação está diretamente ligada aos níveis de ganhos de independência alimentar. Os critérios utilizados na independência alimentar consideram a dependência do familiar e/ou cuidador, o tempo gasto para realizar as refeições e as condições nutricional e pulmonar resultantes da via de alimentação possível e/ou escolhida[4].

Conclusões

Em um tempo no qual as questões relacionadas à qualidade de vida e bem-estar têm sido foco de reflexões profundas, a reabilitação do idoso com alterações como as citadas reveste-se de extrema importância. O tempo deve ser um aliado positivo e, neste sentido, a realização deve ser direta, eficaz e rápida.

Estas questões citadas dependem da percepção de cada indivíduo, do seu estilo de vida, de seus valores e padrões de comportamento. Se pensarmos num contexto específico, como o contexto familiar, a habilidade de um membro da família em comer e beber independentemente é um fator significativo. E quando é acometido por um quadro de disfagia severa, a habilidade de retomar o mínimo que seja é de vital importância para sua qualidade de vida. Para outras pessoas, a melhoria na habilidade de deglutir não é um dado significativo, sendo-lhe indiferente a ingestão via oral ou via alternativa.

Na alta hospitalar, a extensão do plano de reabilitação para o ambiente onde o paciente convive e de cuidados contínuos deverão ser consideradas. Ao ir para uma casa de repouso, o monitoramento de uma dieta poderá ser difícil por vários fatores. Para um paciente que vai para sua casa, o plano de tratamento poderá ser realizado integralmente ou diminuído, rearranjando-se a rotina. Independentemente das modificações possíveis de serem realizadas no planejamento a longo prazo, as decisões do paciente e/ou família devem prevalecer.

Compete ao fonoaudiólogo o esclarecimento ao paciente e à família sobre todos os aspectos envolvidos no processo de atendimento, o motivo, as condutas, os procedimentos, os objetivos, os planejamentos e as possíveis modificações quando necessárias. A ética do atendimento deve permear sua conduta, devendo estar presente em todos os níveis de sua atuação.

O responsável legal deve expressar a vontade presumida do paciente e para que ele exerça esta responsabilidade há de se praticar a autonomia e é necessário que tenha obtido esclarecimentos do profissional a respeito da incapacidade do paciente para tomar decisões.

A opção da alimentação via oral e/ou alimentação alternativa deverá ser respeitada. Sejam quais forem as modificações possíveis, é dever do fonoaudiólogo realizar acompanhamento junto aos pacientes atendidos, orientando e educando o cuidador a observar os riscos possíveis.

Finalizando, o papel do fonoaudiólogo numa equipe multi e interdisciplinar é o de gerenciador do processo de reabilitação das disfagias orofaríngeas. O manejo das mesmas constitui-se na sua prática especializada. Apesar disso, no Brasil, a sua atuação em hospitais ainda não é comum, o que retarda o diagnóstico diferencial das disfagias. Esse fato pode ser atribuído a falhas na formação dos próprios fonoaudiólogos, médicos e demais profissionais envolvidos. O atendimento da disfagia requer uma qualificação do profissional na qual a especialização e o aprimoramento fazem-se necessárias.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Referências Bibliográficas

1. Bilton TB. Estudo da dinâmica da deglutição e suas variações com o envelhecimento através do videodeglutoesofagograma em voluntários assintomáticos entre 20 e 86 anos (tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
2. Douglas CR. Fisiologia da deglutição. In: Douglas CR (ed.). Tratamento de fisiologia aplicada às ciências da saúde. 1 ed. São Paulo: Robe; 1994.
3. Furkim AM. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. Frôntis Editorial; 1999; São Paulo.
4. Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. Pró-fono Departamento Editorial; 1999. São Paulo.
5. Jacobs-Condit L, Ortenzo ML. Physical changes in aging. In: Jacobs-Condit L. Gerontology and communication disorders. Maryland: American Speech-Language-Hearing Association; 1985.
6. Logemann JA. Effects of aging on the swallowing mechanism. Otoringologic Clin N Am 23:1045-1056; 1990.
7. Logemann JA. Evolution and treatment of swallowing disorders. Act Oto-rhino-laryngologica Belg 48: 207-215, 1994.
8. Logemann JA. Swallowing physology and pathophysiology. Otolaryngologic Clin N AM 21:613-623; 1988.
9. Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000.
10. Mansur LL, Viúde A. Aspectos fonoaudiológicos. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1997.
11. Nasi A. Disfagia no indivíduo idoso. In: Macedo Filho ED, Pissani JC, Carneiro JH, Gomes GF. Disfagia: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Frôntis; 1999. p. 47-62.
12. Papaléo Netto M, Sales R. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1997.
13. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1997.
14. Robbins, Levine R, Wood J, Roecker Eb, Lushei E. Age effects on lingual pressure generation as a risk factor for dysphagia. J Gerontol; 1995; 50A: M257-M262.
15. Russo ICP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro. Revinter; 1999.
16. Silva RG. Como se procede à abordagem das disfagias orofaríngeas no paciente neurológico adulto? In Castro LP, Savassi-Rocha PR, Melo JRC: Tópicos em Gastroenterologia – Deglutição e Disfagia, Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p. 123-136.
17. Shet N, Diner WC. Swallowing problems in the elderly. Dysphagia; 1988; 2: 209.
18. Tracy JF, Logemann JA, Kahrilas PJ et al. Preliminary observations on the effects of age on oropharyngeal deglution. Dysphagia; 1989; 4: 90.
19. Venites J. Prevenção da pneumonia aspirativa em enfermaria geriátrica- gerontológica. Monografia-mestrado: relatos de casos das condutas fonoaudiológicas. Universidade de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2001.
20. Vidigal ML, Gonçalves MI, Nasri AM. Pacientes traqueostimizados e dependentes de ventilador. In Furkim AM, Santini CS: Disfagias Orofaríngeas. São Paulo: Pró-Fono; 1999.
21. Vieira EB. Manuel de Gerontologia. Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
22. Viude A. Tratamento fonoaudiológico da disfagia. São Paulo: Semog; 2001.
23. Volicer L, Seltzer B et al. Eating difficulties in patients With probable dementia of the Alzheimer type. J Geriatr Psychiatr Neurol; 1989; 2: 188.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

40 Aspectos da Relação entre o Paciente Idoso e o Profissional da Área da Fonoaudiologia

Cecília P. de Lima Venâncio

Introdução

As peculiaridades da situação do indivíduo na terceira idade, devem chamar atenção para o fato de que a relação fonoterapeuta/paciente se firmará na visão que o fonoaudiólogo terá de seu cliente. Com efeito, planejar a terapia baseada exclusivamente nos achados físicos e funcionais característicos do paciente com distúrbios da comunicação, embora sejam estes fumdamentais, não deverá ser o principal aspecto. O indivíduo idoso passará a ocupar o papel principal, pois, se ele conhecer o funcionamento do seu corpo como um todo, terá mais domínio sobre seus movimentos e, portanto, mais condições de realizar técnicas e exercícios específicos da fonoaudiologia como, por exemplo, técnicas de relaxamento, de respiração, de emissão de sons nasais, de controle de intensidade, de ressonância, de projeção vocal, de articulação precisa, de aquecimento vocal, de dissociação do ar pulmonar e do ar bucal nos casos de laringectomizados, manobras para facilitar a deglutição nos casos de disfagias etc. E o fonoaudiólogo deverá se preparar para aplicar técnicas a partir desta nova relação.

Tendo isto presente, este capítulo pretende chamar a atenção dos profissionais da área de fonoaudiologia para a importância da dinâmica fonoaudiológica quando voltada ao atendimento do paciente idoso, que está apresenta determinadas particularidades, além das implicações psicológicas, sociais e também biológicas.

Alguns Conceitos Importantes

A população com idade avançada vem crescendo continuamente, devido, em parte, à adoção de medidas que visam a melhoria da qualidade de vida, bem como o sucesso no controle de doenças infecciosas e crônicas.

Sabemos também que dentre as várias disfunções, a literatura relata que aspectos cognitivos, lingüísticos e processamento da velocidade da linguagem oral, além do sistema nervoso central, afetarão o desempenho da percepção da fala em idosos, além de que a lentidão geral que acompanha o idoso em uma atividade motora está também presente na transmissão temporal e processamento[10].

Gates e col.[5] consideram a importância da realização de testes (auditivos centrais) em casos de suspeita ou presença de uma disfunção cognitiva, para excluir uma desordem do processamento auditivo central como fator dessa disfunção. Para investigar uma das habilidades do processamento auditivo central, a resolução temporal, o uso do teste de fusão auditiva-revisado (AFT-R), *gap detecten*, pode se mostrar como

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

um importante instrumento na avaliação da integridade funcional temporal auditiva.

Não devemos, no entanto, nos deter apenas nos aspectos biofisiológicos relativos ao processo de envelhecimento pois, segundo Costa[3], "existem outras condições (psicológicas e sociais) que influem e interferem no envelhecimento". Sobre os aspectos psicológicos, este mesmo autor lista certas alterações esperadas nestes casos, descritas a seguir:

- dificuldade menor ou maior em aceitar-se como alguém que está envelhecendo ou está velho;
- declínio na manifestação da afetividade, da susceptibilidade, dos interesses, das ações, das emoções e dos desejos;
- prejuízo da memória de fixação como, por exemplo, esquecer nomes de pessoas e coisas ou mesmo onde colocou determinados objetos;
- acentuação das características da personalidade;
- dificuldade na assimilação ou mesmo aversão a idéias e situações novas;
- apego maior aos valores já conhecidos e convencionados, aos costumes e às normas já instituídas;
- diminuição da percepção, da concentração, da atenção, do raciocínio e do rendimento intelectual;
- tendência ao isolamento e à introspecção;
- perda ou diminuição do interesse sexual, mais tendência a relatar anedotas satíricas de conteúdo sexual ou mesmo obscenas;
- diminuição da criatividade e da espontaneidade;
- menor capacidade para o pensamento abstrato;
- lentidão nos movimentos e nas ações que solicitam esforço;
- aumento da ansiedade e do medo.

Ponderando os aspectos peculiares da condição do indivíduo na terceira idade, ressaltaremos, dentre as características citadas, quatro delas, que nos auxiliarão na condução da terapia fonoaudiológica. São elas:

1. prejuízo na memória de fixação;
2. diminuição da percepção, da concentração, da atenção, do raciocínio e do rendimento intelectual;
3. lentidão nos movimentos e nas ações que solicitam esforço;
4. depressão após a aposentadoria.

É preciso, sem dúvida, que se dê especial atenção para a necessidade de se levar em conta a idade do paciente quando do planejamento e efetivação da terapia fonoaudiológica. Mansur e Rodrigues[8], discutindo sobre terapia fonoaudiológica de idosos afásicos, justificam este enfoque: preocupação recente com a adequação de expectativas no contato entre terapeuta e paciente, que pode ser verificada na crescente literatura sobre "programas de qualidade"[2]; discussões sobre valores e recursos envolvidos num processo de adaptação e, ainda, a necessidade de contínua avaliação do grau de satisfação com os resultados da adaptação, ou seja, o balanço entre o investimento terapêutico e o retorno em termos de benefícios para o paciente e para a sociedade.

Muitas vezes, quando o profissional não esclarece o que é viável, o paciente fica decepcionado com o possível resultado do trabalho, culpando o profissional pelo tempo e pelo dinheiro despendidos. Tudo começa na primeira consulta. Se a partir dali é criado um vínculo, o profissional passa a prestar atenção no paciente, e este a confiar no profissional. Existe uma troca.

Início do Vínculo

Quando se trata de um paciente idoso e esse vínculo não se estabelece logo no primeiro atendimento, os outros atendimentos parecem uma sucessão de atos mecânicos. Há necessidade de uma entrevista inicial, com longo interrogatório e em seguida uma avaliação específica sobre a queixa do paciente, para dar-se início ao tratamento. Com esclarecimento, pode ser que no fim do tratamento ambos fiquem satisfeitos. Mas, e se porventura o paciente não concordar com a duração do tratamento ou com as hipóteses diagnósticas levantadas? Será que os profissionais estão preparados para lidar com as emoções de seus pacientes? Portanto, é fundamental haver, dentro do espaço da consulta, um tempo reservado para a conversa entre o profissional e o paciente, afirma o psiquiatra e psicoterapeuta Costa[3].

Em geral, a preocupação das faculdades de fonoaudiologia não é dar aos futuros profissionais uma formação mais humanista. Freqüentemente a abordagem feita pelos cursos não dá conta dos principais aspectos da psicologia aplicada à fonoaudiologia em relação ao paciente idoso. O assunto parece, então, muito distante da realidade que os futuros profissionais vão enfrentar — quando, na verdade, está presente no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dia-a-dia de todos os profissionais da área de saúde. Afinal, os tratamentos fonoaudiológicos exigem um contato muito próximo, íntimo e prolongado com o paciente.

Para suprir a lacuna que as universidades deixam sobre o assunto, a psicóloga Fedato, que participa de um trabalho com Gertsenchtein e Pamplona[12], decidiu criar um curso intitulado "A psicologia na relação profissional-paciente", no qual os temas abordados vão desde o inconsciente até as fantasias relacionadas à cavidade bucal. Na opinião dela, não basta conhecer a técnica e ser um profissional habilidoso, é preciso também gostar da pessoa humana e conhecer o que há por trás da relação entre profissional e paciente. Diversas vezes você encontra profissionais que adoram a fonoaudiologia, mas não gostam de lidar com pessoas e, apesar de serem eficientes, não os escutam, não dão satisfação do que fazem nem explicam o que está acontecendo, o que pode dar origem à sensação de abandono.

Para ganhar o respeito do paciente, o profissional precisa, antes de mostrar que sabe, respeitar as emoções, as expectativas e os temores de outrem. Também deve evitar alguns tipos de atitudes, como risos inadequados ou certos comentários que podem levar o paciente idoso a experimentar um sentimento de exclusão. Assim, por exemplo, numa reunião de uma equipe multidisciplinar responsável por portadores de síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), um dos profissionais levou para o grupo a queixa de um paciente idoso, com perda de seus dentes, que gostava muito de frutas, mas que deveria evitar comê-las, principalmente maçã, sua preferida, e estava bastante aborrecido com isso. Os profissionais não consideraram importante essa insatisfação, pois consideraram-na rotineira; no entanto, deixaram de perceber que, para aquele paciente, não poder comer alguns tipos de alimentos era mais uma perda.

O profissional precisa estar atento a esse tipo de sofrimento do paciente, pois não existe só a dor física, mas há também essas pequenas renúncias. E se o fato de não poder comer certos tipos de alimentos é uma perda importante, então conservar os dentes é um aspecto positivo para ele. É necessário ser compreensivo também com a reação dos doentes diante do tratamento.

Enxergar que o ser humano existe além do distúrbio de linguagem não é tarefa fácil. Requer sensibilidade, pois há necessidade de perceber que não se deve olhar só para o que falta e entender que se está diante de uma pessoa. Ao receber um novo paciente, o profissional deveria primeiro conhecer a história dele, depois olhar a "boca" ou o distúrbio que o acomete.

Para a psicóloga Gertsenchtein[12], todo paciente traz consigo histórias inacabadas, traumas, angústias que, por terem sido carregadas de emoções, deixaram marcas profundas no ser. Como no consultório as relações pessoais são bastante estreitas, algumas dessas histórias podem ser superadas tanto no paciente quanto no profissional. "Essas situações não trabalhadas emergem e, num processo de identificação projetiva, o profissional ou o paciente tornam-se pai, mãe, confessor, buscando alívio para seus incômodos".

Isso explica o comportamento de muitos pacientes idosos diante dos profissionais. É importante que o vínculo exista e seja sólido, comenta a psicóloga, mas não pode ser confundido com outros tipos de envolvimento, cabendo ao profissional colocar um limite. Com a postura adequada, o vínculo profissional será seguro. Definir papéis é fundamental para o sucesso da relação.

Vale a pena lembrar uma experiência bem sucedida do centro de atendimento a pacientes especiais da Universidade de São Paulo, para mostrar como é possível tratar um distúrbio de linguagem sem deixar de lidar com o ser humano. Um paciente idoso certa vez virou-se para uma jovem fonoaudióloga e a surpreendeu com um "eu te amo". Isso aconteceu porque a profissional, durante todo o tratamento, cuidou dele de forma carinhosa, levando em consideração os seus receios e queixas. Como esse, há outros tantos casos de agradecimento e reconhecimento por parte dos pacientes em relação aos profissionais, não só da área de fonoaudiologia, mas também de qualquer outra área.

Os Vários Papéis do Paciente

Cada indivíduo desempenha vários papéis sociais em sua vida. Por exemplo, uma mesma mulher pode exercer os papéis de professora, mãe, filha, esposa, líder comunitária. Dentro de um consultório de um fonoaudiólogo uma pessoa vai assumir o papel de paciente e o outro de profissional.

O aprendizado do papel de paciente requer o conhecimento do distúrbio de linguagem ou miofuncional ou da inadequação do sistema estomatognático; enfim como funciona a boca que é comandada pelo cérebro e o que é importante em termos de cui-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dado e prevenção. Todos esses elementos precisam ser oferecidos aos doentes, a fim de facilitar o aprofundamento do vínculo com o profissional.

Como profissional, o fonoaudiólogo também precisa saber lidar com o paciente idoso. O desenvolvimento desse papel, para o profissional, implica aprender a se relacionar com os diversos tipos de pessoas que chegam ao consultório e também os com outros indivíduos envolvidos no contexto, como secretária, recepcionista, segurança e porteiro. Se o fonoaudiólogo faz determinadas observações sobre seu paciente bem na frente da secretária, ele pode estar infringindo o sigilo que rege cada atendimento e fugindo dos limites que o papel de profissional da saúde lhe impõe.

Os fonoaudiólogos também estão sujeitos a todas as neuroses e desvios de condutas tão comuns ao ser humano. O que se espera do profissional da saúde é um equilíbrio, uma postura e um respeito aos doentes, neutralizando qualquer problema pessoal subjacente.

Todo fonoaudiólogo deveria perguntar para seu paciente o que a figura do fonoaudiólogo representa para ele, pois que, para o doente, o profissional tem um significado, e fica mais fácil levar adiante o tratamento se for conhecida a maneira que o paciente encara o profissional[7]. Algumas vezes pode ocorrer o que os psicanalistas chamam de transferência, aquela pseudopaixão do paciente pelo profissional. Existe também a possibilidade de haver uma contratransferência que parte do profissional para o paciente. Tanto uma quanto a outra acontecem em qualquer relação em que há contato continuado. Trabalhar essa pseudopaixão significa estabelecer limites. É necessário entender, ajudar, mas o fonoaudiólogo não pode sair de seu papel fundamental, qual seja: o de manter uma relação adulta com seu cliente.

Fantasia ou Realidade

Os dentes e a boca também despertam inúmeras fantasias. Desde a infância, aparecem carregados de significados para os indivíduos. O tratamento dentário, por exemplo, traz muito à tona a fantasia primitiva de destrutividade e da morte. De acordo com Klein e col.[8], na segunda metade do primeiro ano de vida a criança passa por uma fase em seu desenvolvimento chamado "fase do sadismo máximo". Assim, o dente e tudo que se relaciona com ele e com a boca simbolizam e condensam experiências e ansiedades que se mobilizam quando uma criança ou um adulto, seja ele idoso ou não, enfrenta um tratamento em que o foco principal é a boca. Embora o paciente não sofra dor física, percebe as sensações trazidas por esses objetos agressivos e sofre com as próprias fantasias. Se os profissionais pudessem dizer: "é, dá medo mesmo, mas fique tranqüilo que vou fazer de tudo para você não sofrer muito, e depois provavelmente você ficará contente com os bons resultados", estariam não só legitimando o sentimento do paciente como também transformando o papel de "monstro" no papel de alguém que passa confiança, cuida, protege. Se o profissional estiver consciente disso, ele poderá acolher a angústia do paciente, transmitir confiança e também firmar-se na imagem de alguém que reconstrói e repara. Como os dentes e a boca significam potência, agressão, força, "perdê-los" pode ter o sentido de velhice, impotência e fraqueza. Essa perda, em geral, está muito ligada à área sexual. Nos homens, a perda dos dentes tem muita ligação com o complexo de castração.

Saber de todos estes mecanismos ajuda o profissional a situar-se diante do seu paciente. Para o psicoterapeuta Pamplona[7], a primeira pergunta que o profissional deveria fazer para o paciente seria qual o significado que ele dá à boca. "Se é uma parte importante para ele ou não, se ele tem consciência dessa parte do corpo, se ele presta atenção nela, se cuida dela ou não", ensina. De acordo com Pamplona, alguns indivíduos são totalmente indiferentes em relação à boca. "É como se ela não existisse", afirma. Para esses, um tratamento que visa a boca não vai ter a mesma importância que existe para aquele que a valoriza. A fonoaudiologia trabalha com uma parte do corpo muito íntima. Apesar de serem expostos ao meio externo, a arcada dentária, os lábios, a língua e todas as estruturas ligadas a essa região, fazem parte de uma cavidade do corpo humano — a boca. Atuar na boca de um paciente é interagir com ele — biologicamente falando —, e isso tem uma extensão emocional. Dentro do conceito do psiquismo, a boca é o que existe de mais importante. É por meio da boca que você resgata o trauma do nascimento, o primeiro contato com a mãe, com a vida e com a realidade; e o mamar, o sugar, o incorporar alimento, o incorporar afeto, o respirar. Há duas ou três décadas vigorava o conceito de que os idosos perdem os dentes. Então, pensava-se assim: "quando os dentes começarem a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cair é porque eu estou ficando velho". Atualmente, faz-se de tudo para conservá-los.

Apesar de todos terem corpos semelhantes, as atitudes são bem diferentes. Os indivíduos estruturam-se de modo diverso a partir dos mesmos elementos. Você não encontra duas pessoas iguais. Por isso, cada paciente exige do profissional um tratamento peculiar.

No entanto, existem alguns padrões básicos de comportamento que podem ajudar o profissional a compreender as atitudes do paciente e a lidar melhor com elas. São comportamentos considerados socialmente aceitos; podem ter seus correspondentes patológicos, o que não nos interessa no momento. Os padrões básicos de comportamento podem ser assim classificados:

- *Normal*: Apresenta uma conduta coerente com a situação. Relaciona-se bem com o profissional, sabe dimensionar o seu problema e tem queixas e reivindicações dentro do razoável. Colabora com o tratamento e não cria problemas.
- *Traumatizado*: Traz, em nível consciente, medos irracionais, carregados de emoções negativas, e apresenta uma conduta extremamente assustada e desproporcional à realidade do fato. Só procura ajuda em último caso, adia o quanto pode as consultas, marca e desmarca horários. O trauma não precisa estar relacionado necessariamente a um tratamento específico. Um indivíduo que tenha passado por muitas internações cirúrgicas e apresente um histórico de hospitalização, de doenças e de dor é bem mais sensível que os demais. O sofrimento vem, então, de outras áreas, mas esse paciente acaba generalizando. Quem teve muitos problemas de saúde torna-se, em geral, mais sensível à dor e apresenta mais resistência ao toque e ao contato físico. O profissional precisa ser cuidadoso e compreensivo para conquistar esse paciente.
- *Fóbico*: Costuma faltar muito e descontinuar o tratamento. É o indivíduo cujo medo fica totalmente desproporcional à realidade. Sente-se tremendamente ameaçado. Para ele, tanto o profissional quanto o consultório e os instrumentos utilizados têm uma conotação de destruição. O profissional aparece como um inimigo em potencial, invencível e monstruoso, diante do qual ele, paciente, sente-se totalmente indefeso. Não vivenciou nenhuma situação anterior que justifique o pânico, mas o desloca de alguma situação temida para o contexto atual. O profissional tem de saber quebrar o gelo.
- *Apático*: Você já reparou como alguns pacientes estranhamente não reagem ao tratamento? Eles não se queixam de nada, apesar de sentirem-se incomodados. Também não fazem questão de se comprometer com as instruções dadas pelo profissional. O indivíduo apático é resignado: aceita o "sofrimento" sempre na espera de uma recompensa futura e incerta. Acreditam que se o tratamento não deu certo é porque tinha de ser assim.
- *Masoquista*: É aquele que tem um leve prazer quando sente dor ou quando as coisas não dão certo, como uma espécie de auto-punição. Geralmente são pessoas que carregam grandes sentimentos de culpa e para as quais todo sofrimento é bem-vindo, embora desagradável. Heroicamente, suporta todo tipo de intervenção. A dor, para ele, funciona como uma expiação. Chega a perguntar: "por que hoje correu tudo bem?"
- *Obsessivo-compulsivo*: Extremamente preocupado com o que acontece ao redor, quer controlar todos os movimentos do profissional, saber se está tudo em ordem etc. Se o profissional se afasta dele por algum instante, fica observando atentamente qualquer gesto ou o que está fazendo. Pode ser irritante, exigindo alta dose de paciência. É rigoroso em tudo, desde o cumprimento rígido do horário até condutas preventivas. Cabe ao profissional definir os papéis — você é o paciente; eu, o profissional.
- *Sedutor*: É o indivíduo que seduz, conquista, para poder manipular. Fica amigo do profissional, busca assunto, convida-o para uma reunião de amigos na semana seguinte e concorda com tudo. No entanto, o profissional só pode fazer o que ele quer e quando quer. Também neste caso é preciso estabelecer limites.
- *Agressivo:* Precisa do profissional, mas o culpa por isso. Descarrega toda raiva da necessidade de fazer o tratamento. Não tenta ser agradável, não colabora, costuma criticar a competência do profissional, reclamando sempre. Não concorda com nada que o profissional faz e não tem pudores de criticá-lo — na frente dele ou pelas costas. Na opinião desse tipo de paciente, é um grande infortúnio ter de se submeter a um tratamento e logo com tal profissional.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- *Onipotente*: Sabe mais do que o profissional. Costuma falar que, no lugar do profissional jamais faria tal coisa, e sim optaria por outro tipo de tratamento. Tem sempre uma solução melhor para tudo, vinculada a uma crítica ao trabalho do profissional. Nem sempre colabora. Afinal, ele pode tudo — principalmente se tiver poder econômico.
- *Hiperativo*: Não consegue controlar seus impulsos motores. A cadeira é uma prisão insuportável que o obriga à imobilidade. Não consegue parar quieto e inventa, a todo momento, motivos para se locomover.
- *Vaidoso*: Precisa estar sempre se mostrando, se exibindo. Trata das pessoas que se queixam do mesmo problema que ele. Quer ser o melhor paciente de todos. A aparência é tudo. Se precisa fazer algo, que se faça, estoicamente. De vez em quando, pergunta: "Tem certeza que o tratamento terminou? E aquilo que eu ainda não superei?"
- *Depressivo:* Chega cabisbaixo, querendo se esconder, não consegue nunca sorrir. Tudo exige dele um grande esforço, queixando-se muito. Costuma largar-se na cadeira, sem esperanças. Também não colabora com o tratamento. Nunca irá conseguir seguir as instruções, por mais que o profissional se esforce, nada vai mudar. Por sentir-se sempre a vítima, seu tom é de lamento, transpirando pessimismo.

Prevenção

A imagem de "aplicador de técnicas" que acompanha o profissional da fonoaudiologia vem desde a época em que se curava gagueira com "susto". Era uma solução extremamente incoerente e desumana. Hoje, o avanço tecnológico trouxe mais conforto e eficiência aos tratamentos. Há alternativas antes de se pensar em "simpatias". A conscientização sobre a idéia de prevenção vem fazendo com que as pessoas procurem os especialistas não só quando existe dor, mas também para manter a saúde. No entanto, ainda nos deparamos com inúmeras desculpas para não realizar o tratamento, o dinheiro aparece como uma das "fugas" que o paciente encontra para postergar a possibilidade de fazer um tratamento a médio ou a longo prazo, entre outras como chegar atrasado, protelar o tratamento, desmarcar as consultas até que se tornem inviáveis.

Pode parecer extremamente complicado entender o que se passa com o paciente. Por isso, conclui-se que é melhor manter a forma tradicional de atuação. Investir na relação com o doente dá, sim, muito trabalho, mas é extremamente gratificante. É fundamental conhecer bem os pacientes, suas inquietações e suas esperanças em relação ao tratamento. Para isso, o profissional deve reservar um espaço, dentro do período do atendimento, para conversar e fortalecer a relação, fazer ligações telefônicas aos pacientes caso estejam doentes ou tenham faltado por qualquer outro motivo. Em geral, aconselha-se marcar atendimentos bem espaçados para ter tempo para cada um dos pacientes. Os avanços tecnológicos facilitam, e muito, o trabalho dos profissionais, mas não substituem a atenção e a relação profissional-paciente.

Às vezes, o profissional aposta tudo na tecnologia, mas se esquece da pessoa que está diante dele, há momentos em que o doente precisa de consolo, mais do que tudo, e vai buscar esse apoio no profissional.

Conclusão

Este capítulo chama a atenção dos profissionais da área de fonoaudiologia e de todos aqueles que queiram trabalhar com idosos, convidando todos a repensarem na atuação junto a esta clientela específica. Respeitando os limites e valores de cada pessoa, pois somente a partir de dados trazidos da vivência e das circunstâncias reais do idoso, podem-se tornar válidos quaisquer programas de melhoria na sua condição sociopessoa[11].

Estamos certos de que apenas a convivência e o trabalho propiciam ao profissional o conhecimento das potencialidades e das limitações dos pacientes, trazendo consigo novos aspectos do idoso a serem considerados e, por conseguinte, novos meios para a melhoria das suas condições físicas, sociais e psicológicas[6].

Não existem rótulos. Cada indivíduo tem uma história, uma maneira peculiar de lidar com a dor e com a necessidade de um tratamento e, principalmente, um jeito próprio de encarar a boca.

Referências Bibliográficas

1. Beauvoir S. A velhice: a realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1970.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

2. Chapey R. Introcuction to Language Intervention Strategies. In: Chapey R (ed.). Language Intervention in Adult Aphasia. Baltimore: Willians & Wilkins; 1996.
3. Costa EMS. Gerontograma. A Velhice em Cena: Estudos Clínicos e Psicodramáticos sobre o Envelhecimento e a Terceira Idade. São Paulo: Ágora; 1998.
4. Fitzgibbons PJ, Gordon S. Auditory Temporal Processing in Elderly Listeners. J Am Acad Audiol; 1996; 7: 183.
5. Gates GA et al. Central Auditory Dysfunction, Cognitive Dysfunction, and Dementia in Older People. Arch Otolaryngol Head Surg; 1996; 122: 161.
6. Giacheti CM, Duarte VG. Programa de Atuação Fonoaudiológica junto a Idosos Institucionalizados. In: Lagrota MG, César CPHAR (orgs.). A Fonoaudiologia nas Instituições. São Paulo: Editora Lovise; 1997. p.127.
7. Jordão Netto A et al. Aspectos Psicossociais do Envelhecimento. In: Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
8. Klein M, Heimann P, Money-Kyrle. Nova tendência em psicanálise. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
9. Mansur LL, Rodriguês LM. Distúrbios da Linguagem: Afasias. In: Russo LP. Intervencão Fonoaudiológica na Terceira Idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
10. McCroskey R, Keith RW. AFT-R Auditory Fusion Test – Revised. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
11. Moser A, Amorim C. Qualidade de Vida na Maturidade: Perspectiva Psicológica. In: Bakker FJP (org.). É Proibido Colher Flores? Reflexões sobre o Envelhecer. Curitiba: Editora Universitária Champagnat; 2000.
12. Gertsenchtein V, Fedato WL, Pamplona. Rev Ass Paul Cirug Dentista (APERCEDE); 2000; 5:22.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

41 Saúde Bucal do Idoso: Aspectos Sociais e Preventivos

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Introdução

A discussão da saúde bucal do idoso vem ganhando força à medida que este segmento experimenta um aumento quantitativo importante, não só no Brasil como também em âmbito mundial.

Ao mesmo tempo que a população de idosos em nosso país cresce, a capacidade do setor público de absorver o aumento dessa nova demanda populacional decresce; e isso não é obra do acaso, e sim de uma opção de "desenvolvimento nacional" que carrega como conseqüência o aumento da exclusão social e a marginalização daqueles que estão fora do mercado de trabalho. E é exatamente nesta situação que estão inseridos os idosos trabalhadores brasileiros.

Não afirmamos que a totalidade dos idosos é excluída, que todos os idosos se perdem, que todos os idosos são colocados à parte. Certamente há uma parcela dos idosos que pertence, vamos chamar assim, à classe dominante, à classe privilegiada, que atinge o auge de suas vidas exatamente na chamada terceira idade — são, por exemplo, os grandes proprietários, os compradores da força de trabalho.

Na realidade, é justamente esse grupo etário que mostra as maiores desigualdades sociais. Quem foi pobre, na velhice fica mais pobre ainda.

Este fato nos parece importante na medida em que entendemos a saúde e, em particular, a saúde bucal, como resultante de todos os agravos a que foi exposto o corpo, e não em sua universalidade abstrata. Não se deve entender a velhice exclusivamente como etapa natural do ciclo biológico da vida, como momento inexorável da existência a que todos estão virtual e igualmente expostos, como fenômeno independente do modo como a sociedade explora a força de trabalho. Por isso não se deve analisar o processo de envelhecimento a despeito de seu caráter histórico e tampouco desconhecer os diferentes modos de viver, sofrer e suportar a velhice.

No tocante à especificidade própria da odontologia, percebe-se que o quadro de saúde bucal da terceira idade reflete nitidamente as condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham. É dessa forma que se constitui a primeira dicotomia, odontologia/saúde bucal.

Tomando-se o instrumental que fornece a epidemiologia analítica, pode-se observar que as doenças bucais se diferenciam em sua magnitude e intensidade dependendo da inserção social à qual o idoso pertenceu e/ou pertence, como será demonstrado.

Os epidemiologistas tradicionais, apesar de aceitarem classicamente que a condição socioeconômica é um fator determinante, continuam julgando muito abstrato caracterizá-la, pelas dificuldades na obtenção e análise dos dados com ela relacionados, tais como: sociais (traduzidos pela ocupação), econômicos (medidos pela renda familiar) e educacionais (julgados conforme a instrução e a formação básica ou

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

especializada). É óbvio que uma pessoa que trabalha em condições insalubres, com baixa renda familiar, portanto morando e comendo mal, e com um nível baixo de educação no que diz respeito, por exemplo, à higiene, é de maneira geral mais suscetível a sofrer agravos à saúde se comparada com uma pessoa bem alimentada, que trabalha em um ambiente saudável e com adequada formação e informações no que diz respeito aos hábitos higiênicos.

Há necessidade de que os fatores anteriormente referidos — sociais, econômicos e educacionais — sejam analisados conjuntamente, e não dissociados um do outro, para que se evitem interpretações inadequadas. Assim, se por acaso algum empresário se dispusesse a recolher latas de lixo de sua rua todos os dias, apesar de suas melhores condições de moradia, alimentação e hábitos de higiene, seguramente ele poderia ser incluído inapropriadamente no grupo de risco. Como se pode perceber com este exemplo hipotético, a análise baseada em apenas um fator, no caso, ocupação, pode conduzir a interpretações distorcidas da realidade.

Neste ponto, portanto, penetramos dialeticamente na essência dos fatos sem nos satisfazer de uma forma empírica e positivista com o fenômeno em si, o que justifica algumas circunstâncias, mas, real e concretamente, explica muito pouco.

Dessa forma, é fácil entender que um idoso executivo que trabalha no seu confortável escritório acarpetado, com refrigeração central, em São Paulo, terá menor probabilidade de desenvolver um carcinoma de lábio do que um idoso lavrador que trabalha sob uma temperatura de 38ºC no sertão da Paraíba.

Os fatos expostos justificam tomar como referência central o enfoque da saúde coletiva e a determinação social do processo saúde doença, o qual será desenvolvido no presente capítulo.

Aspectos Semiológicos do Envelhecimento

No que se refere aos aspectos semiológicos do envelhecimento, estes não se constituem em alterações específicas das estruturas bucais e maxilomandibulares, mas sim são parte das modificações de caráter geral que ocorrem em todo o organismo durante o processo de senescência.

Segundo Zegarelli[27], os distúrbios degenerativos mais importantes presentes em idosos são o retardo da divisão celular, a diminuição da capacidade de crescimento das células e da reparação tecidual. Essas alterações fundamentais condicionam variadas respostas representadas, principalmente, por retardo na condução nervosa com diminuição da reação neuromuscular e da percepção de estímulos por degeneração progressiva do sistema nervoso. Ocorre diminuição progressiva do metabolismo geral do organismo, o que compromete o fluxo sangüíneo renal, o trabalho cardíaco e a função respiratória. As células se atrofiam e reduzem seu conteúdo hídrico, os tecidos vão perdendo elasticidade e sofrendo infiltração gordurosa. É dessa forma que o epitélio se torna mais delgado e friável e, conseqüentemente, mais sensível aos estímulos externos, principalmente às iatrogenias como, por exemplo, as induzidas por aparelhos protéticos inadequados, tornando-se, portanto, mais sensível e mais suscetível a lesões. O processo de cicatrização também se mostra mais demorado em conseqüência da diminuição do suprimento sangüíneo periférico nas mucosas.

Com relação às estruturas dentais e periodontais pode se observar, freqüentemente, um quadro de atrição, que se revela na destruição das estruturas dentais provocada pela força ativa da mastigação — por exemplo, a perda da estrutura dentária da superfície de oclusão dos dentes posteriores e anteriores.

Também se pode notar, freqüentemente, migração apical da inserção epitelial da gengiva, alterações no cemento radicular, aumento da incidência de doença periodontal, principalmente gengivites, aumento da profundidade de bolsas periodontais, mobilidade dental, migração dentária e grandes perdas de elementos dentários.

A diminuição da estimulação nervosa parece estar relacionada à perda de elementos dentais e à manutenção da saúde periodontal, já que suas terminações nervosas proprioceptivas colaboram na manutenção e na regulação da posição mandibular. Essa perda de estimulação provoca, por exemplo, a diminuição da capacidade de coordenação dos movimentos mandibulares, acarretando, entre outros, o aumento da atrição que sofrem os dentes plásticos das próteses totais pela pequena resistência a esses movimentos constantes.

A mucosa bucal dos indivíduos idosos costuma se apresentar aparentemente normal, na ausência de doenças sistêmicas que possam modificar sua higidez. Contudo, seu equilíbrio biológico fica mais suscetível a rompimentos em decorrência da dimi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nuição da secreção das glândulas mucosas e salivares menores.

Dessa forma, a mucosa bucal perde aos poucos suas propriedades elásticas, tornando-se mais frágil, e começa a responder com ulceração a traumatismos protéticos e outros, em decorrência da menor irrigação sangüínea.

Outro fenômeno observado com relativa constância é o desenvolvimento de hiperqueratose conseqüente de irritação de pequena intensidade; principalmente quando se instalam aparelhos protéticos, pode-se notar o surgimento, em determinadas áreas, de úlceras circundadas por uma área hiperqueratósica, e em outras, pequena intensificação da queratinização tecidual.

Examinando-se, ainda, a mucosa bucal, costuma-se observar o desenvolvimento de infecções decorrentes tanto da modificação da flora como da participação de estados gerais predisponentes. Esse possível quadro é em muito resultante de carências múltiplas, distúrbios endócrinos e metabólicos, ao lado das modificações quantitativas e qualitativas da secreção salivar.

Os ossos do complexo maxilomandibular no indivíduo idoso apresentam sinais de osteoporose, cuja origem pode ser atribuída a diversos fatores, como a própria idade, alterações hormonais e carências nutritivas. É muito comum observar pacientes que apresentam total reabsorção dos processos alveolares e, inclusive, de parte do corpo da mandíbula, podendo deixar desprotegidos nervos mandibulares e mentoniano, o que costuma determinar intensos fenômenos dolorosos.

A articulação temporomandibular (ATM) pode também apresentar diversos graus de subluxação, principalmente em conseqüência da tonicidade muscular diminuída, o que determina que se adotem posições que dificultam o fechamento da boca ou produzam sinais de artrite.

A perda de elementos dentais determina, por seu lado, redução do tônus da musculatura facial, produzindo deformação da face, da fala, da deglutição e da mastigação, comprometendo todo o início do processo digestivo. Segundo Franks e col.[8], o quadro do indivíduo portador de edentulismo (desdentado) é característico: retração das bochechas e dos lábios, queixo muito proeminente, nariz caído e mordida colapsada. Essas modificações podem gerar problemas na comunicação e no exercício da personalidade.

Exame Clínico Bucal do Idoso

Com relação ao exame clínico propriamente dito, o profissional não deve se ater apenas ao exame e à observação do meio bucal, devendo atentar também e fundamentalmente para os aspectos gerais do paciente, ou seja, para seu estado postural, seu modo de andar, sua utilização de algum meio auxiliar de locomoção, se necessita se apoiar em alguém ou algum objeto ou se faz uso de cadeira de rodas etc.

Um outro aspecto importante a ser observado é a coloração e a tonicidade da face; se há presença de manchas, indícios de paralisia ou diminuição do grau de tonicidade muscular.

Se necessário, com o intuito de complementar os dados da anamnese, deve se recorrer às pessoas mais próximas do paciente a respeito de dados sobre sua história médica e, por vezes, recorrer também ao seu médico de acompanhamento para se ter conhecimento preciso do estado atual de seu quadro clínico, bem como sobre a existência ou não de fatores modificantes do tratamento odontológico.

Tendo esse quadro global em mãos, o profissional, por meio de conhecimentos específicos, deverá estar preparado para estabelecer inter-relação entre doenças em estado crônico e saúde bucal, observando os efeitos da nutrição nos idosos, o efeito de interações medicamentosas de caráter terapêutico e os efeitos das desordens médicas, como anomalias sangüíneas. Além disso, deve estar preparado para estabelecer um tratamento de manutenção e acompanhamento que seja pertinente e adaptado ao estado global de saúde e aos agravos a que este idoso esteja submetido.

Principais Afecções Bucais na Terceira Idade e Sua Prevenção Específica

Considerações Iniciais

A maioria dos pacientes geriátricos apresenta, no âmbito da saúde bucal, um quadro clínico comum, caracterizado por edentulismo, doença periodontal avançada, grandes perdas de elementos dentais, presença de próteses (totais, parciais, fixas e/ou removíveis) e neoplasias.

Esse quadro precário encontrado atualmente é decorrente não apenas do processo de envelhecimento, mas, principalmente, de um conjunto de agravos diferenciados que atingem os idosos de maneiras distintas durante a vida, à medida que estes se situam

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

em classes sociais distintas e antagônicas. Portanto, percebe-se facilmente que, dependendo da inserção social de um grupo de idosos, será notado um perfil patológico diferenciado.

Segundo Laurell[11], o perfil patológico é constituído considerando-se o tipo de patologia e a freqüência com que determinado grupo a apresenta em um dado momento. Dessa forma, pode-se perceber a velhice enquanto somatório das conseqüências de inserções sociais distintas, que produzem carências ou não no organismo entendido como biológico.

A partir dessa referência entendemos alguns dos agravos diferenciados a que foram expostos os idosos em todo o seu processo de envelhecimento, como, por exemplo, estado nutricional, história médica, mudanças hormonais, medicações utilizadas, hábitos e iatrogenias.

Diante disso é preciso entender, em primeiro lugar, que tipo de idoso se está atendendo.

De acordo com discussões desenvolvidas no início deste capítulo, é preciso levar em conta não apenas os fatores biológico-etiológicos das afecções, mas também, e principalmente, uma gama de outros fatores tidos como "não biológicos" para se entender as diferentes incidências de doenças bucais presentes no grupo idoso, entendido o grupo enquanto categoria social. Portanto, nos ateremos ao quadro patológico presente na maioria dos idosos brasileiros, submetidos socialmente à exclusão e "odontologicamente" à mutilação e à iatrogenia.

Sinais e Sintomas Clínicos mais Comuns Relacionados à Terceira Idade

Os sinais e sintomas clínicos devidos à idade e que se observam nos tecidos da boca são o resultado de alterações simultâneas em muitos órgãos e tecidos. A idade também se associa com alterações degenerativas dos tecidos orgânicos e com fenômenos fisiopatológicos.

Segundo Zegarelli[27], os sintomas clínicos dos tecidos da boca relacionados à idade são os seguintes:

Modificação das Estruturas Dentárias e dos Tecidos Circundantes, Incluindo o Ligamento Periodontal e o Osso Alveolar

Os sinais do processo de envelhecimento podem ser formações de dentina secundária, desgaste do esmalte, migração apical da adesão periodontal, aumento da aposição de cemento e reabsorção das raízes dentais.

Com a idade, cresce a incidência dos processos patológicos periodontais. Entre as alterações se encontram estomatites, maior profundidade dos sulcos gengivais e aumento da mobilidade e migração dos dentes.

Alterações Degenerativas da Mucosa Bucal

Como já foi dito, a mucosa da cavidade oral pode se tornar atrófica e friável, assumindo um aspecto brilhante e céreo devido às alterações metabólicas que acontecem na pessoa idosa, incluindo desvio do equilíbrio hídrico. Ocorre perda de elasticidade, diminuição da secreção e atrofia das papilas. Além disso, a diminuição do suprimento sangüíneo retarda a micronutrição e prejudica a capacidade de regeneração. Como conseqüência, a mucosa envelhecida se torna mais sensível às influências externas. Portanto, pode ser mais facilmente sede de lesões por alimentos ásperos ou aparelhos protéticos mal adaptados e iatrogênicos, e sua capacidade de regeneração e cicatrização é acentuadamente mais lenta do que a da mucosa adulta normal.

Alterações Degenerativas da Maxila, da Mandíbula e da Articulação Temporomandibular

Neste item encontram-se todas as modificações das estruturas bucais relacionadas com o corpo ósseo que compõem o aparelho estomatognático.

Diminuição da Estimulação Neuromuscular

As modificações que estão relacionadas ao complexo neuromuscular têm como conseqüência alterações sensitivas e motoras das estruturas bucais.

Atrição

Etiopatogenia e Quadro Clínico

A atrição dentária está intimamente relacionada com o processo de senilidade — quanto mais idosa a pessoa, maior é a atrição.

Com a idade, o esmalte e a dentina sofrem certas alterações escleróticas resultantes da mineralização

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

aumentada e da deposição de elementos traços. Com a rigidez aumentada (friabilidade), o uso cotidiano dos dentes acarreta atrição progressiva.

A atrição também pode estar associada à dieta, à posição dos dentes (acúmulo dos problemas oclusais com a idade), à dificuldade de controle dos músculos da mastigação e a fatores ligados ao psiquismo, como o bruxismo (rangido dos dentes).

Os sinais clínicos da atrição podem ser mínimos, como um sulco ou concavidade pequena, lisa e em forma de cunha, ou intensos. Nestes últimos, o esmalte pode estar completamente destruído, evidenciando uma superfície de oclusão dentária completamente lisa e plana. Com freqüência, as superfícies tendem a uma cor alterada, com manchas amarelas e pardas. Também podem estar presentes manchas extrínsecas; a dentina exposta pode manchar-se no contato com alimentos ou tabaco. Em raros casos, a rapidez do processo de atrição conduz à exposição da polpa, mas na maioria dos casos a quantidade de dentina secundária depositada é suficiente para evitar esse fenômeno.

Proteção Específica

Levando-se em consideração que o quadro de atrição dentária é comumente encontrado em pessoas idosas, essa patologia merece uma atenção especial de observação por parte do cirurgião dentista. Cabe aqui ressaltar a forma intrínseca que relaciona a atrição ao estado emocional do paciente, pois sabe-se que quanto maior a carga de fatores estressantes a que o idoso estiver exposto, maior a probabilidade de este apresentar bruxismo, o que, invariavelmente, produzirá desgaste excessivo das faces oclusais dos elementos dentários.

Do ponto de vista psicossomático, a boca é, provavelmente, o órgão mais importante do corpo humano. A boca é uma zona do organismo que podemos considerar uma encruzilhada entre o vegetativo e o psicológico. Por exemplo, por ela entra o alimento que assegura nossas funções biológicas e por ela nos expomos ao mundo através da palavra, do gesto ou do beijo; por ela exalamos o último suspiro e morremos. Tal órgão, tão complexo por essa dupla função — mais que por sua estrutura anatomofisiológica —, não tem sido ainda investigado em sua totalidade sob esse ângulo, com o objetivo de interpretar os processos patológicos nele presentes.

Cremos que a psicogênese de muitos de seus quadros, principalmente a atrição, não se deve desprezar nem ignorar.

Um outro aspecto que a nosso ver merece atenção é o dato de que a saúde psicológica depende não só do estado orgânico de uma pessoa, mas também de sua percepção desse estado. Em outras palavras, um indivíduo fisicamente incapacitado, que não se considere como tal, terá menor probabilidade de que esse fato o altere psicologicamente, do que um outro com o mesmo estado físico, porém que possua uma auto-avaliação negativa. Do mesmo modo, os idosos com prejuízos físicos relativamente menores, mas que acreditem serem eles significativos, com maior probabilidade sofrerão de distúrbios emocionais.

Um segundo fator etiológico envolvido diretamente com a atrição é a rigidez ou não da alimentação a que o idoso se submete. Se o quadro de atrição apresentado se mostra acentuado, cabe ao cirurgião dentista deter conhecimentos a respeito de nutrição e dietética, a fim de modificar o regime alimentar com relação à consistência dos alimentos, sem alterar seu valor protéico ou calórico, atento sempre às doenças sistêmicas que poderão estar presentes e que são afetadas diretamente pelo regime alimentar do idoso, como por exemplo o *diabetes mellitus*.

Como terceiro fator etiológico da atrição podemos citar as modificações que ocorrem em todo o sistema musculoesquelético durante o processo de envelhecimento. No idoso, a capacidade de responder a estímulos proprioceptivos mostra-se alterada. Geralmente, os estímulos sensoriais que em última análise determinam o processo de mastigação estão comprometidos e, portanto, não determinam a resposta motora esperada. O resultado clínico é traduzido pelo desgaste anormal das superfícies oclusais. Por essa razão devem ser evitadas alterações drásticas na cavidade bucal quando do tratamento da pessoa idosa. Quando essas se fazem necessárias, devem ser realizadas durante um período prolongado de tratamento intermitente, no qual apenas ligeiras alterações funcionais sejam introduzidas em cada sessão, possibilitando, deste modo, oportunidade para a adaptação do sistema nervoso aos novos padrões funcionais.

Abrasão

Etiopatogenia e Quadro Clínico

A abrasão não deve ser entendida como uma entidade patológica ligada intrínseca e diretamente à

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

terceira idade, mas como um quadro patológico presente comumente agravado pelo passar dos anos ou, mais especificamente, pelo traumatismo crônico etiológico da doença.

É caracterizada, também, por uma destruição da substância dental devida a processos mecânicos anormais, e não pela mastigação.

As causas mais freqüentes da abrasão são os dentifrícios abrasivos, o uso incorreto e indevido do palito dental, o hábito de mastigar a ponta do cachimbo, e outros costumes possivelmente presentes. Também pode ser provocada pelo uso indevido do bicarbonato de sódio e por hábitos ocupacionais (segurar pregos ou outros objetos entre os dentes, como no caso dos sapateiros).

Clinicamente, a abrasão se apresenta com superfícies lisas dos dentes, polidas, desgastadas e geralmente insensíveis.

Proteção Específica

O primeiro passo a ser dado é o diagnóstico dos possíveis fatores etiológicos que podem ser predisponentes para o surgimento de um quadro de abrasão. Portanto, levando-se em consideração as alterações que sofrem os tecidos dentais, principalmente esmalte e dentina, cabe um cuidado especial na observação e indicação de dentifrícios abrasivos. Deve-se observar criteriosamente a composição da pasta ou creme dental que é ou será utilizada pelo paciente idoso.

As características principais dos abrasivos devem ser: atóxico, sem odor desagradável, insolúvel em água e sem poder de arranhar o esmalte dos dentes.

Podemos citar como exemplos de substâncias abrasivas: carbonato de cálcio, fosfato dibásico de cálcio e ortofosfato dicálcico, pirofosfato de cálcio, metafosfato de sódio insolúvel, alumina hidratada e sílica hidratada (normalmente utilizada em gel).

É importante salientar que cabem às substâncias abrasivas 20% a 50% da composição total de um creme dental, decorrendo daí a importância da sua correta indicação.

Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

As pressões excessivas e retenções causadas por aparelhos protéticos mal adaptados podem produzir na região submucosa a destruição das fibras conjuntivas acompanhada de fenômeno inflamatório. Mais tarde, haverá hiperplasia reacional. É uma resposta à irritação crônica de baixa intensidade, associada ao uso de prótese. Varia consideravelmente de cor e consistência, em decorrência da localização e do tempo de evolução da lesão.

Salientamos que esse tipo de lesão é comumente encontrado em idosos portadores de prótese total, principalmente superior. É uma doença que guarda um paralelo muito estreito com o poder aquisitivo, pois geralmente são ofertados a esses idosos de inserção social menos privilegiada aparelhos protéticos que, para compensarem falhas de confecção e adaptação, apresentam saliências no corpo da prótese para evitar que esta se desloque facilmente. Tal conduta iatrogênica freqüentemente produz hiperplasia inflamatória reacional, conhecida como “câmara de vácuo”.

Hiperplasia Papilar Inflamatória

Decorre, principalmente, de próteses mal adaptadas associadas, freqüentemente, a deficiências de higiene oral.

A lesão consiste em numerosos e pequenos crescimentos verrucosos ou papilares no palato.

Úlceras Traumáticas

Surgem comumente dois ou três dias após a colocação da prótese. Podem ser provocadas por traumatismos mecânicos ou químicos. São úlceras de tamanho variável, dolorosas, de forma irregular, recobertas por uma delicada membrana cinzenta necrótica e circundadas por um halo inflamatório.

Proteção Específica

Evidentemente, a proteção específica para estas afecções é a indicação e a confecção correta do aparelho protético. A remoção do agente causador por longo tempo determina constantemente a diminuição do volume da lesão em decorrência da redução do componente inflamatório.

Câncer Bucal

Ao iniciarmos este tópico gostaríamos de salientar que mais ou menos 8% das neoplasias malignas incidem no meio bucal. Com relação à saúde bucal do idoso, essa doença é extremamente significativa, pois

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a faixa etária de maior incidência é a terceira idade. Quanto ao sexo, cerca de 70% dos casos ocorrem em homens.

Sabemos que o câncer pode ser devido a variados fatores causais e não é nossa intenção no presente capítulo nos aprofundarmos em sua etiopatogenia. Visando, porém, a evitar que essas lesões se instalem e sejam diagnosticadas tardiamente — o que é comum no diagnóstico das neoplasias bucais, principalmente em pacientes da terceira idade — apontaremos algumas características que podem sugerir a malignidade da lesão.

A maioria dos tumores malignos da boca e do complexo maxilomandibular é constituída de carcinomas espinocelulares (90% a 96%). Assim, limitaremos a descrição de aspectos clínicos aos apresentados por esses tumores.

Habitualmente, tal lesão apresenta fundo necrótico e bordas elevadas.

Durante o desenvolvimento inicial, o tumor é quase sempre indolor, sendo que pode aparecer, clinicamente, sob a forma de uma pequena úlcera ou um nódulo, muitas vezes percebido acidentalmente. Em outros casos, o sinal inicial é a presença de um nódulo cervical. As metástases ganglionares dos tumores da boca incidem mais nas cadeias júgulo-carotídeas, submandibulares e espinais.

O gânglio metastático é aumentado de volume, consistente à palpação (duro ou lenhoso), irregular, indolor e pode estar fixo às estruturas adjacentes. Contudo, não podemos nos esquecer de que, quase sistematicamente, o aumento nodular metastático é acompanhado de processo inflamatório, o que pode tornar o gânglio menos consistente e dolorido à palpação.

Proteção Específica

Discorrer sobre proteção específica do câncer, em particular do câncer bucal, não é uma tarefa fácil, visto que a própria doença possui sua etiologia, de certo modo inespecífica. Citaremos, porém, alguns elementos que poderão nortear alguma atenção particular às neoplasias malignas da boca, especialmente as lesões orais, que devem ser combatidas na proteção contra o câncer oral. É claro que o combate a essas lesões já estaria indicado em razão do dano que elas causam, sem a necessidade de relacioná-las com o câncer. Deve-se também promover vigilância periódica sobre lesões queratósicas da boca, principalmente quando estas apresentam displasia do epitélio, como nos casos de leucoplasias. Essas lesões ocorrem em resposta a irritantes crônicos, como os produzidos pela sífilis, pelo tabaco, por infecções crônicas e avitaminose. Deverão, ainda, ser consideradas suspeitas todas as queratoses na cavidade bucal com aspecto esbranquiçado similar, cujo diagnóstico diferencial só pode ser feito por meio de biópsia ou citologia esfoliativa.

Da mesma forma, podemos citar a ocupação, os hábitos e as condições socioeconômicas como fatores do hospedeiro e do meio ambiente que estão diretamente ligados à ocorrência e à distribuição do câncer bucal. Cabe, portanto, a toda a equipe de saúde "enxergar" não apenas o idoso exclusivamente como ser biológico, mas, principalmente, estabelecer a compreensão exata da estrutura social na qual ele está inserido, pois esta determinará suas respostas biológicas ao meio.

Perda de Dentes: Cárie e Periodontopatias

Considerações Iniciais

Na população idosa dos dias atuais, os resultados da atrição e da abrasão ou erosão e seu possível papel nos problemas disfuncionais da cavidade bucal são amplamente suplantados pelo efeito das duas doenças mais freqüentes do mundo civilizado: a cárie e as periodontopatias, cujos resultados finais são invariavelmente a perda dos elementos afetados.

Em um país como o Brasil, que não prima pela atenção à saúde, em particular à saúde do idoso trabalhador, os dados epidemiológicos disponíveis são poucos, senão raros, e os estudos a respeito da saúde bucal do idoso são, em geral, obra de poucos pesquisadores que, sem estímulo institucional, desenvolvem suas pesquisas à margem dos órgãos governamentais responsáveis pela prevenção, pela recuperação e pela manutenção da saúde dos cidadãos.

Pode-se tomar como exemplo desse completo descaso o último Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal, realizado em 1986 apenas em zonas urbanas, que tomou como faixa etária mais avançada as idades de 50 a 59 anos. Mesmo com uma amostra inteiramente urbanizada, os dados do levantamento mostraram condições bastante críticas nesse grupo etário: 27 dentes atacados pela cárie por pessoa, com 86% dos dentes já extraídos e 3% com

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

extração indicada. Do ponto de vista periodontal, pouco mais de 1% da amostra foi considerado sadio, ao passo que 50% eram edêntulos e 72% usavam ou necessitavam de pelo menos uma prótese total.

Se tomarmos como referência o extrato de renda familiar mensal, o mesmo levantamento mostra que na faixa que inclui pessoas com 50 a 59 anos que recebem mensalmente até dois salários mínimos, apenas 24% alegaram que receberam pelo menos uma vez atendimento odontológico no ano anterior ao levantamento, enquanto 54% dos examinados na mesma faixa de idade e incluídos no extrato de renda familiar mensal que recebe cinco salários mínimos mensais ou mais referiram ter recebido atendimento odontológico no ano anterior (Tabela 41.1).

Com relação à necessidade de tratamento periodontal, apenas 0,95% das pessoas examinadas naquela faixa etária, que recebiam até dois salários mínimos mensais, foi considerada sadia, enquanto 2,28% estavam incluídas na faixa de rendimento de cinco ou mais salários mínimos, foram consideradas sadias (Tabela 41.2).

Este mesmo levantamento mostra que grande parte da população inserida na faixa de 50 a 59 anos necessita e não possui prótese total; evidentemente este contingente varia de acordo com o extrato de renda média mensal familiar, demonstrando mais uma vez que para aqueles idosos que estão excluídos do mercado, o país reserva o direito de, talvez, comer sem dentes (Tabela 41.3).

Rosa e col.[19], em um levantamento epidemiológico mais recente, realizado basicamente utilizando-se dois grupos de idosos (o primeiro examinado em domicílio e o segundo examinado em instituições beneficentes), demonstrou dados mais preocupantes para todos aqueles que entendem a saúde bucal como um direito do cidadão idoso. O estudo efetuado em São Paulo, onde o acesso aos serviços sociais, entre eles o acesso à assistência à saúde, figura teoricamente entre os mais favoráveis do país, mostra que a população de terceira idade apresenta condições muito precárias de saúde bucal.

Tabela 41.1 Condições de Saúde Bucal na Faixa Etária de 50 a 59 Anos no Brasil, 1986

Extrato de Renda Familiar Mensal em Salários Mínimos	*Extração Indicada (Ei)*	*Obturados (O)*	*Extraídos (E)*	*RAO/ANO**
Até 2	4,45%	2,074%	88,27%	24,74%
3 e 4	2,94%	4,7%	87,74%	30,31%
5 e mais	1,65%	14,26%	79,45%	54,30%

**Recebeu pelo menos um atendimento odontológico no último ano.*
Fonte: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal[4].

Tabela 41.2 Presença de Periodonto Sadio por Idade e Faixa de Renda no Brasil, 1986

Extrato de Renda Familiar Mensal em Salários Mínimos	*Idade*	*Sadios*
Até 2	50 a 59	0,95%
3 e 4	50 a 59	1,09%
5 e mais	50 a 59	2,28%

Fonte: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal[4].

Aos 60 anos ou mais, a cárie dental atacou aproximadamente 30 dentes (índice CPO variando entre 29 e 31). Este dado nos mostra que, em média, cada idoso possui apenas dois dentes sadios.

Além disso, os números mostram que o número de dentes extraídos variou entre 27 a 29, provando que o tratamento odontológico convencional e conservador falhou completamente.

O percentual de edêntulos (desdentados) ficou em torno de 75% dos idosos examinados e, entre esses, apenas 50% eram portadores de prótese total superior e inferior, indicando que metade dos idosos eram mutilados sem acesso a aparelhos protéticos recuperadores (Tabela 41.4).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 41.3 Necessidade e Posse de Prótese Total de Acordo com a Faixa de Renda no Brasil

Extrato de Renda Familiar Mensal em Salários Mínimos	Idade	Não Necessita de Prótese Total	Necessita de Prótese Total	Possuem Prótese Total
Até 2	50 a 59	22,06%	13,75%	29,99%
3 e 4	50 a 59	28,12%	6,50%	32,96%
5 e mais	50 a 59	38,48%	3,86%	29,52%

Fonte: Ministério da Saúde, Divisão de Saúde Bucal. Levantamento Nacional de Saúde Bucal, zona urbana, 1986.

Tabela 41.4 Percentual de Dentes Cariados, Obturados, Extraídos e com Extração Indicada no Grupo Etário de 60 Anos ou Mais, Segundo o Local de Exame, 1989

Local do Exame	Cariados (C)	Obturados (O)	Extraídos (E)	Extração Indicada (Ei)
Domicílio	2,2%	2,6%	93,5%	1,7%
Instituição	0,9%	0,7%	96,1%	2,3%

Fonte: Rosa AGF e col.[20]

Outro dado que consideramos de extrema importância nesse estudo foi evidenciado pelo elevado percentual de lesões resultantes do uso de próteses totais, deixando clara a total falta de assistência odontológica posterior à sua colocação e a ampla iatrogenia (Tabela 41.5).

Tabela 41.5 Porcentagem de Pessoas Usando Prótese Total Superior ou Superior e Inferior Segundo a Ocorrência de Lesões Provocadas; pelo Uso da Prótese e local de Exame. São Paulo, 1989

Ocorrência de Lesões	Domicílio	Instituição
Estomatite protética	22%	30%
Hiperplagia	8%	16%
Outras lesões	8%	7%

Fonte: Rosa AGF e col.[20]

Com relação às doenças periodontais, os dados não se mostraram melhores: as bolsas periodontais predominaram em relação às demais patologias, exigindo, dessa forma, tratamento mais complexo e, portanto, mais dispendioso para, em média, 65% dos idosos. Convém salientar que esse tipo de tratamento usualmente só é disponível em clínicas particulares e, conseqüentemente, não está ao alcance da maioria dos idosos (Tabela 41.6).

Todo esse quadro demonstra que a cárie e a doença periodontal contribuem para mais de 90% das extrações dentárias.

Nas faixas etárias mais jovens, são perdidos mais dentes devido à cárie quando comparada às periodontites, enquanto, entre os mais velhos, o quadro se inverte. Nas idades mais avançadas, porém, a atividade de cárie aumenta novamente devido a vários fatores, sendo um dos mais importantes a redução dos hábitos de higiene oral associada, no Brasil, com a acentuada diminuição do poder aquisitivo que ocorre com a maioria dos idosos quando estes atingem o fim da sua inserção no mercado de trabalho.

Outros fatores que podem ser citados são as superfícies retentivas de placa bacteriana, tais como grandes restaurações com margens incorretas, grampos e retentores de próteses parciais, superfícies radiculares expostas e bifurcações, superfícies dentinárias desgastadas e dentes em má posição.

Além do risco na superfície irregular exposta da dentina, a cárie circular de dentina e cemento no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 41.6 **Porcentagem de Sextantes Segundo Necessidade de Tratamento Periodontal e Local de Exame. São Paulo, 1989**

Necessidades de Tratamento	Porcentagem de Sextantes	
	Domicílio	Instituição
Higiene + profilaxia	45%	23%
Higiene + profilaxia + raspagem radicular	27%	33%
Higiene + profilaxia + raspagem radicular + cirurgia	23%	34%

Fonte: Rosa AGF e col.[20]

colo das raízes expostas é um achado dos mais comuns. Essa forma de desmineralização tecidual pode ser muito rápida, destruindo o dente em menos de um ano; aparece especialmente quando ocorre um aumento súbito no consumo de sacarose. Muitas pessoas idosas, por exemplo, têm por hábito chupar coisas doces para suplantar a sensação de secura da boca. Além disso, nos idosos, o efeito inibidor da saliva diminui com a redução do fluxo salivar, especialmente durante o sono. A xerostomia também é comumente resultante de doenças sistêmicas diversas.

A doença periodontal também se apresenta com alta prevalência na população idosa por motivos como: os hábitos de dieta, a xerostomia, a má oclusão, os contatos dentais abertos, a queda de resistência do organismo e a dificuldade de higienização.

Não podemos esquecer que as pessoas que atingem a senilidade tendem a perder parte de suas capacidades motoras, dificultando desta forma uma correta remoção mecânica, via escovação, da placa bacteriana adquirida, aderida à superfície dos dentes e gengivas.

Periodontopatias

Gengivite

É caracterizada clinicamente por edema, vermelhidão e sangramento à sondagem. A inflamação na margem gengival é uma resposta a um aumento gradual na massa total e espessura da placa bacteriana supragengival. Os microrganismos mais associados com a gengivite são da espécie *Streptococcus, Actinomyces* e *Spirochetas*. A gengivite pode se apresentar de forma localizada ou generalizada, sendo esta última mais freqüente em idosos.

Guna

A gengivite ulcerativa necrosante aguda caracteriza-se por necrose das papilas gengivais, sangramento espontâneo, dor, mau hálito, podendo apresentar sinais clínicos sistêmicos, como linfadenite, febre e mal-estar geral. Está geralmente associada a uma gengivite marginal crônica preexistente. Estudos têm demostrado invasão bacteriana do tecido conjuntivo por espiroquetas e espécies fusiformes.

Periodontite

Clinicamente, caracteriza-se por inflamação dos tecidos de suporte do dente, observada pelo sangramento à sondagem periodontal e pela presença de perda de inserção clínica.

Existem basicamente cinco formas de periodontite que se manifestam de acordo com a faixa etária do indivíduo. É a forma de periodontite do adulto a que se manifesta em idosos. Sua prevalência e seu grau de severidade aumentam proporcionalmente com a idade, e não parece haver predileção por sexo. Está diretamente relacionada com a presença de placa e cálculo subgengival, estando as funções de neutrófilos e linfócitos normais no hospedeiro. Os microrganismos associados à periodontite adulta são: *Porphyromonas gengivalis, Prevotella intermedius, Eikenella corrodens, Fusobacterium nucleatum, Wolinella recta, Peptoestreptococus micros* e *Espirochetes*.

Controle da Placa Bacteriana

Neste ponto, cabe ressaltar a importância de nos propormos a quebrar certos desvios de formação que a chamada "odontologia tradicional" nos impõe quando visualiza exclusivamente a criança e o adolescente como objeto de sua intervenção. Essa visão tradicio-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nalista deriva, entre outros, dos chamados sistemas incrementais, excludentes em seus pilares teóricos e ineficazes em sua aplicabilidade. Portanto, reafirmamos que os métodos preventivos não apenas são imprescindíveis como também constituem-se no eixo de qualquer intervenção que vise à saúde bucal na terceira idade. Promover proteção específica para a cárie e a doença periodontal é basicamente falar em controle da placa bacteriana. Uma vez instaladas, as bactérias começam a se reproduzir e, portanto, a multiplicar-se, processo conhecido como "formação da placa bacteriana".

Com a nutrição, que vem a partir dos alimentos digeridos e dos fluidos da gengiva, as bactérias se nutrem e excretam ácido. É esse ácido excretado que vai provocar a desmineralização do esmalte (cárie) ou traumatismo químico na gengiva (gengivite). Por isso, todos os esforços devem ser feitos para evitar precocemente a instalação da placa.

Nesse sentido, devemos lançar mão de medidas profiláticas de controle da placa, que didaticamente podemos dividir em: *medidas de orientação, medidas de controle mecânico (físico)* e *medidas de controle químico (sistêmico ou locais)*.

Medidas de Orientação

Note que não falamos em medidas educativas, e sim de orientação, pois entendemos o processo educativo como um conjunto de ações que transcendem as ações técnico-profiláticas, que nos propomos a sugerir no presente capítulo.

Para isso dispomos de três recursos básicos: orientações quanto à limpeza regular diária dos dentes, orientações quanto ao controle da dieta e orientações visando ao fortalecimento da superfície dentária (com o uso do flúor).

Medidas de Controle Mecânico

Escovação

Uma razoável quantidade de técnicas é recomendada, e todas podem ser eficazes quando utilizadas buscando a remoção da placa em idosos. A única técnica praticamente sem efeito é aquela que a maioria das pessoas encara como "escovar os dentes" — a utilização de longas escovadas horizontais que arranham o colo dos dentes, danificando a gengiva e não penetrando nos cantos e frestas onde a placa se concentra. Algumas pessoas idosas encontram facilidade em utilizar um tipo de movimento; outras, não. Escovadas rápidas e deliberadas em qualquer direção podem ser eficazes.

Dois fatores considerados essenciais para a indicação de qualquer técnica são: grau de motricidade e número e posição dos dentes no arco dental.

Levando-se em consideração a diminuição da capacidade motora na terceira idade, deve-se atentar para a indicação de técnicas que sejam facilitadoras e possivelmente individualizadas para propiciar a efetiva remoção da placa.

Com relação ao número e à posição dos dentes, estes devem ser levados em consideração para avaliarmos se a técnica que será indicada restringirá os movimentos para apenas um dente por vez ou visará a atingir um grupo de elementos dentais conjuntamente.

Se optarmos pelas técnicas clássicas, podemos indicar a de Fones ou de Stillman modificada ou similar; como, por exemplo, a de Bass. A opção entre uma das duas últimas depende de quem a indicar.

Vale ressaltar que a remoção da placa propriamente dita, que está aderida às superfícies dentais, é realizada por ação mecânica, por isso a importância da escova; cabe às pastas, géis ou similares a tarefa de fortalecimento da superfície dentária, desde que contenham substâncias propiciadoras para este fim, como o flúor.

Com relação à escovação salientamos a sua importância também para a manutenção da saúde gengival, pois, além da remoção da placa, propicia a melhor circulação periférica da margem da gengiva.

Técnica de Fones

O idoso empunha a escova e, com os dentes cerrados, faz movimentos circulares na face vestibular de todos os dentes superiores e inferiores (Fig. 41.1), indo do último dente de um hemiarco a outro. Nas faces palatinas ou linguais, os movimentos também são circulares, evidentemente com a boca aberta; e nas faces oclusais e incisais, os movimentos são no sentido ântero-posterior.

Para os idosos que possuem boa coordenação motora e que apresentam um número razoável de dentes, recomenda-se as técnicas de Bass ou Stillman modificadas. Estas técnicas exigem um grau de precisão maior dos movimentos da escova, porém, são mais eficazes para a remoção da placa bacteriana. Pode-se observar isso no trabalho de pesquisa no qual foi constatada a diminuição do índice de higiene oral simplificada (IHOS).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

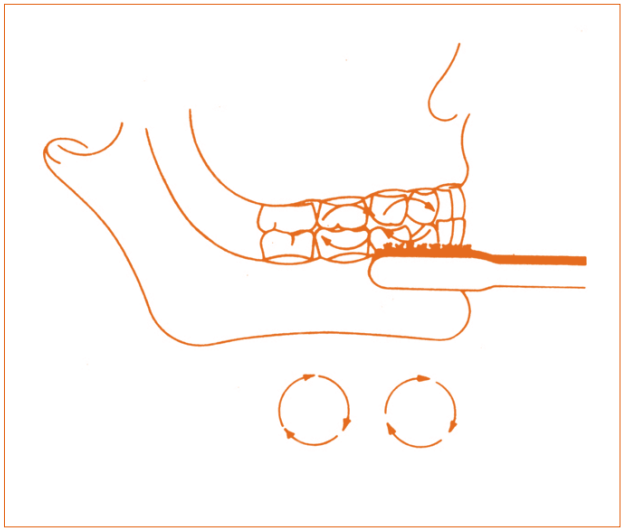


Fig. 41.1 As setas em círculo mostram os movimentos circulares que se deve executar na técnica de Fones.

Técnica de Stillman Modificada

Para a execução desta técnica a escova é colocada com o longo eixo das cerdas lateralmente contra a superfície da gengiva (Fig. 41.2) e as cerdas são deslizadas de gengival para oclusal ou incisal (Fig. 41.3). Quando as cerdas estiverem junto ao ponto de contato dos dentes, fazem se movimentos vibratórios (Fig. 41.4).

Esse movimento deverá ser repetido, em média, 10 vezes para cada grupo de dentes. O movimento é o mesmo para os arcos superior e inferior e para as superfícies vestibular e lingual.

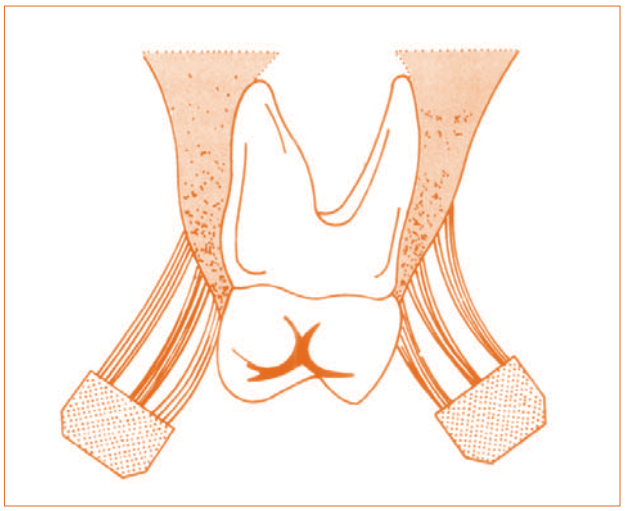


Fig. 41.2 Escova colocada junto à superfície do dente, antes de se iniciar os movimentos.

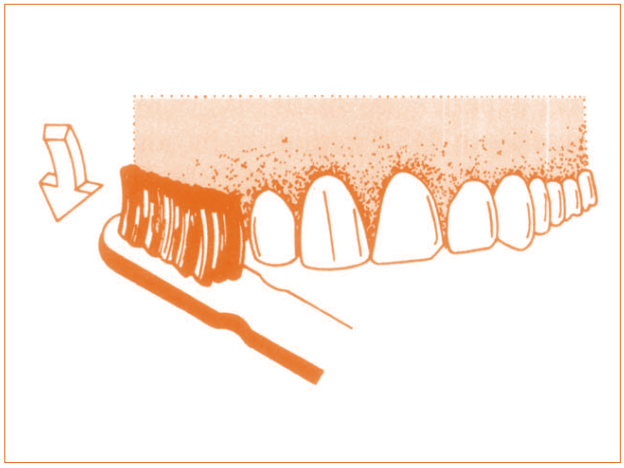


Fig. 41.3 Início do movimento das cerdas da gengival para oclusal.

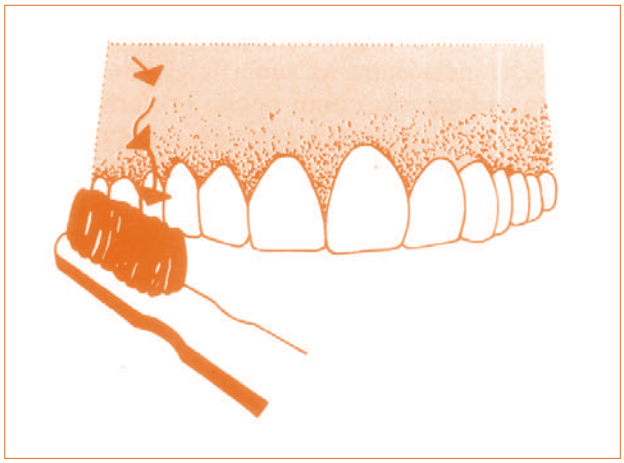


Fig. 41.4 Junto ao ponto de contato, a escova é vibrada para que as cerdas limpem as faces proximais dos dentes.

Considera-se fundamental que, durante o ato de escovação, as cerdas atinjam a maior parte possível das superfícies. Para os idosos que possuem um número reduzido de dentes, portanto, cabe a individualização da técnica; por vezes, a remoção da placa deve ser feita dente por dente, atentando-se sempre para o acesso da escova aos sulcos gengivais.

Técnica para Idosos Incapacitados

Para aqueles idosos que se encontram incapacitados faz-se necessário o auxílio de uma segunda pessoa, que deverá atuar da seguinte maneira: coloque-se ao lado ou atrás da pessoa que está sentada em frente à pia, utilize luvas cirúrgicas e uma espátula de ma-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

deira ou similar para manter a parede interior da boca afastada dos dentes e da língua; se a pessoa tiver pouco controle no pescoço, deite a cabeça dela no seu braço e trabalhe com a mão que fica livre. Se a pessoa estiver confinada à cama e não puder se sentar, incline a cabeça dela para um lado e coloque almofadas atrás, para que a cabeça se mantenha na posição enquanto se executa a operação. Coloque uma toalha por baixo do queixo para recolher a saliva. Proceda do mesmo modo no outro lado da face. Realize movimentos circulares em todas as faces dos dentes, vestibulares, linguais ou palatinas, e movimento ântero-posterior nas faces oclusais.

Escova Dental

Por regra, recomenda-se o uso de escova de textura macia, principalmente para os idosos, tendo em vista que estes apresentam uma certa fragilização dos tecidos de suporte dos dentes. A remoção da placa não é realizada pela "força" e sim pela utilização da técnica mais indicada.

As escovas deveriam, de preferência, ser do tipo com "cerdas planas", isto é, com a parte ativa sem curvaturas. Com relação ao cabo, damos preferência ao do tipo reto, para facilitar a apreensão. Da mesma forma, a escolha da escova é uma questão de preferência pessoal e o paciente deve selecionar uma com a qual se adapte.

Com relação à freqüência diária da escovação, salientamos que esta deve ser adaptada ao paciente, pelo menos uma vez ao dia, de preferência imediatamente antes de dormir, e ser realizada de maneira correta.

Escova de Dente Elétrica

E uma questão de preferência pessoal. Elas podem ser eficientes, e muitas pessoas as consideram mais fáceis de serem usadas. Isso é particularmente verdadeiro com relação aos idosos que apresentam diminuição da capacidade neuromuscular.

Fio ou Fita Dental

A opção entre fio ou fita dental depende exclusivamente da distância entre um elemento dental e outro.

Em pacientes idosos, normalmente há falta de ponto de contato; nestes casos, indicamos a fita dental.

É importante salientar que tanto o fio como a fita dental requerem muito cuidado ao serem utilizados, pois seu uso incorreto provoca freqüentemente lacerações nas papilas interdentais, criando uma via de acesso para infecções oportunistas.

Palitos

Principalmente em idosos, os palitos podem ser úteis para a remoção de detritos alimentares que ficam retidos entre os dentes, no intervalo de uma escovação e outra. Porém, eles devem ser alertados para que a extremidade do palito não atinja a gengiva, prevenindo injúrias.

Medidas de Controle Químico (Fluorterapia)

Meio de Controle Local

Segundo Cury[3], entende-se por fluorterapia o uso de fluoretos para o tratamento das alterações minerais dos dentes provocadas pela doença cárie. Essas alterações minerais, em decorrência da presença de placa dental, dieta e excreções metabólicas dos idosos, manifestam-se como perdas progressivas de mineral que no início não são clinicamente visíveis, mas, não sendo interrompidas, atingem estágio de aparecimento, progredindo até a cavitação.

Os fluoretos são extremamente eficazes para interferir nessas perdas de minerais e assim impedir o que ainda é considerado fatalidade: a perda dos dentes.

A fluorterapia pode ser realizada pelo paciente e/ou pelo profissional, utilizando se uma série de meios isolados ou associados de auto uso e/ou uso profissional de fluoretos.

Para a fluorterapia poderão ser usados produtos de baixa e alta concentração de flúor. A princípio, os de baixa concentração de flúor são utilizados com alta freqüência (por exemplo, o uso diário de pasta de dente fluoretada), e os de alta concentração (por exemplo, aplicações tópicas profissionais) são utilizados com menor freqüência.

Dentifrícios

Os dentifrícios na forma de pastas, cremes ou géis são considerados a maneira mais racional de uso dos fluoretos por serem um método integrado com o controle de placa pela escovação, além de não estarem relacionados com a fluorose dental. Atualmente, os

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dentifrícios fluoretados oferecidos estão sob vigilância sanitária, devendo manter o mínimo de 600 ppm (partes por milhão) de fluoreto solúvel na forma iônica (NaF) ou ionizável (MFP). Portanto, é aconselhável sempre, antes da compra, a observação de seu prazo de validade, pois os produtos mantêm estas propriedades no período de um ano, em média.

O fluoreto de dentifrício pode agir como agente terapêutico, "curando" perdas de minerais do esmalte e/ou dentina ocorridas em vários graus. Assim, ele pode agir precocemente interferindo na sua iniciação. Os dentifrícios fluoretados têm também a capacidade de interferir na progressão da lesão de cárie, revertendo perdas de minerais já ocorridas e, ao remineralizar esmalte dentina desmineralizados, ocorrerá reestruturação tecidual com incorporação de fluoreto, o que se refletirá em resistência posterior à cárie, mesmo em idosos.

Logo, o fluoreto presente em dentifrícios tem a capacidade de agir terapeuticamente nos vários estágios de perda mineral dos dentes e, para que esse efeito seja potencializado, considerando se aspectos farmacocinéticos conforme os conceitos atuais de mecanismos de ação do fluoreto, é fundamental a freqüência do uso e/ou o período do dia em que se usa o dentifrício fluoretado (preferencialmente, antes de dormir).

O fluoreto tópico, aplicado externamente ao esmalte, é absorvido quimicamente por suas camadas superficiais, tornando as menos solúveis e mais resistentes ao ataque ácido. Parte do fluoreto se desprende gradualmente, de modo que a proteção completa é temporária; quando isso ocorre há uma interferência no processo bioquímico da produção de ácido na placa, para proporcionar um segundo benefício.

O fluoreto de sódio (NaF) e o monofluorfosfato de sódio (MFP) são os fluoretos mais encontrados em dentifrícios. O fluoreto de sódio é eficiente, embora sua absorção pelo esmalte seja vagarosa. O monofluorfosfato de sódio é um eficaz agente anticárie. Algumas experiências realizadas com pastas dentais contendo o MFP demonstram que ele reduz o número de novas lesões em até 29%. Ele se combina com a hidroxiapatita produzindo um tipo de esmalte mais forte e resistente aos ácidos, chamado fluorapatita. Em combinação com outras fórmulas de fluoreto, interfere no metabolismo do açúcar pela placa, reduzindo a produção de ácidos e agindo como inibidor da formação da placa.

É encontrado em pastas dentais em quantidade segura. Retém a sua forma ativa no tubo por longo período. Além disso, possui a propriedade adicional de dessensibilizar colos de dentes expostos, quadro freqüente em idosos.

Os dentifrícios apresentam-se em três formas: pasta, creme ou gel. Visando a um maior tempo de aderência entre as superfícies dentais e o fluoreto indica-se, como opção preferencial, a forma gel.

Há que se notar que o poder desse método gira em torno de 40%, como os demais métodos tópicos.

Meio de Controle Sistêmico

Fluoretação de Águas

A fluoretação de águas é considerada a forma de aplicação do flúor de maior importância em saúde pública por produzir os melhores resultados, reduzindo, em média, em 60% a incidência de cáries a baixo custo relativo e sem qualquer tipo de discriminação entre os beneficiados pela medida.

A história do processo de fluoretação de águas no Brasil tem como marco fundamental o ano de 1953, quando foi fluoretado o sistema de águas do Baixo Guandu, no Espírito Santo. A Lei 6.050 de 1974, regulamentada pelo Decreto 76.872 de 1975, institui a fluoretação de águas no Brasil.

Se, por um lado, a legislação teve importância fundamental na incorporação dessa medida às políticas de saúde no plano coletivo, por outro, não vem sendo suficiente, para, por si só, garantir a extensão do benefício a todos os brasileiros. Segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 60 milhões de pessoas recebem água fluoretada no país, cifra que corresponde a pouco mais de 40% da população. Esse dado, no entanto, vem sendo freqüentemente questionado por técnicos da área da saúde, que referem a existência de problemas sérios quanto a interrupções e falta de regularidade nos teores de flúor em várias localidades cujas populações estão oficialmente cobertas pela medida.

Também no que se refere aos aspectos epidemiológicos, são raros os municípios que se dedicam a acompanhar, periodicamente, o impacto da fluoretação sobre a incidência da cárie, principalmente no grupo idoso, após implantada a fluoretação. É importante ressaltar que, nos municípios onde a fluoretação foi implantada e houve rigor na manutenção dos teores e na continuidade do processo, estudos epide-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

miológicos confirmam as médias internacionalmente encontradas no que se refere à redução da incidência da patologia, reafirmando sua importância no contexto da saúde coletiva.

A concentração ideal de flúor na água de abastecimento depende diretamente da média de temperatura anual da localidade, o que determina o consumo de água. No Brasil, em linhas gerais, o teor deve variar entre 0,8 e 1ppm.

Ressalta-se que em nenhuma hipótese deve-se utilizar duas formas distintas de aplicação de flúor sistêmico (por exemplo, comprimidos fluorados e água fluoretada), sob o risco de se induzir a fluorose ou outras afecções decorrentes do efeito cumulativo do flúor.

Manutenção dos Aparelhos Protéticos

Levando-se em consideração os dados epidemiológicos anteriormente citados no tocante à saúde bucal do idoso no Brasil, percebe-se que a maioria dos idosos apresenta extensas mutilações de elementos dentais. Além disso, uma parcela considerável deles é portadora de aparelhos protéticos que visam, de certa forma, a recuperar em parte as funções fisiológicas perdidas. Por isso, enumeramos a seguir algumas considerações que pretendem servir para que estes aparelhos tenham uma sobrevida maior e que mantenham suas características fundamentais inalteradas.

- Manter a prótese limpa, pois a placa bacteriana se acumula, diariamente, na boca e na prótese e, se não for removida, pode causar infecções e outras doenças.
- Higienizar a prótese sobre algum recipiente que contenha água, para evitar que a prótese se parta no caso de queda.
- Escovar a prótese utilizando, de preferência, uma escova de cerdas macias ou médias. O uso de água e sabão é o suficiente. Em caso de manchas, lançar mão de bicarbonato de sódio.
- Enxaguar sempre a prótese em água limpa antes de recolocá-la.
- Manter todas as próteses, totais ou parciais, submersas em água durante a noite. Este cuidado evita que as próteses se desidratem e se deformem, além de propiciar um descanso para os tecidos de suporte da boca.
- Para remover as próteses parciais, atentar sempre para retirá-las segurando em seus grampos de metal, e não na resina.

Bibliografia

1. Badra A. A ansiedade e temor ante ao tratamento odontológico. RGO; 1974; 57.
2. Chaves MM. Odontologia social. 3 ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1986.
3. Cury JA. Uso do flúor. In: Baratieri LN. Dentística: procedimentos preventivos e restauradores. 3ª reimpressão. São Paulo: Quintessência; 1989.
4. Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil. Zona Urbana, 1986. Brasília; 1988.
5. Duailibi SE, Rosa VLM, Fiorani SB. Atendimento odontológico para pacientes geriátricos. AOB; 1989; 4 (1): jan/fev.
6. Federation Dentaire Internationale. Working group 5: oral needs of the elderly. Commission on oral health, research and epidemiology. Amsterdam: Mimeo; 1987.
7. Foumiol A. Geriatria e odontologia — envelhecimento e psicossomática. São Paulo: Quintessência; 1976. pp. 3-55.
8. Franks AST, Hedegard B. Odontologia geriátrica. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil S.A.; 1973.
9. Haddad EGM. O direito à velhice: os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez; 1993.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário. Rio de Janeiro; 1991.
11. Laurell AS. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: Nunes ED. As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas. OPAS/OMS; 1985.
12. Merhy EE. O capitalismo e a saúde pública. Campinas: Papirus; 1985.
13. Organização Mundial de Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. São Paulo: Santos; 1999.
14. Pinto VG. Saúde bucal, odontologia social e preventiva. 3 ed. São Paulo: Santos; 1992.
15. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4 ed. São Paulo: Santos; 2000.
16. Pucca GA. A saúde bucal no Brasil. Folha de São Paulo; 21/9/92. p. 1.
17. Pucca GA. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade. Rev Odontol Mod; 1995; 22:4.
18. Ramos LR. Avaliação das condições de vida e saúde de idosos residentes em zona urbana. Projeto Multicêntrico da Organização Pan americana de Saúde, com colaboração do Ministério da Saúde do Brasil. São Paulo: Mimeo; 1992.
19. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. RGO 1993; 41 (2): 97.
20. Rosa AGF. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Públ S Paulo; 1992; 26 (3):155.
21. Shafer WG. Patologia bucal. 3 ed. São Paulo: Interamericana; 1982.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

22. Singer P. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: Pereira DM. Idoso: encargo ou patrimônio. CMV; 1992. p. 265.
23. Tommas AF. Diagnóstico em patologia bucal. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1982.
24. Valeé R. Geriatric dentistry. J Dent Que; 1983; 20: 13.
25. Valeé R et al. Sociodemografic and Dental Characteristics of the Aged in Quebec. J Dent Que; 1985; 22: 372.
26. Victora CG, Barros FC, Vaughan LP. Epidemiologia da desigualdade. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 1989.
27. Zegarelli EV. Diagnóstico em Patologia Oral. Barcelona: Salvat; 1972.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

42 Odontologia Geriátrica: Alterações Orais na Senescência e na Senilidade

Mirtes Helena Mangueira da Silva Dias

Não me rejeites na minha velhice;
quando me faltarem as forças, não me desampares.
Salmo 71:9

Introdução

Hoje, temos no Brasil aproximadamente 14 milhões de idosos e, segundo estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU), teremos cerca de 33 milhões no ano de 2025. Com o aumento da expectativa de vida do homem, vem a necessidade de profissionais especializados e preparados para lidar com os problemas decorrentes da idade avançada.

A geriatria, por definição, é a área da saúde que trata das doenças dos idosos. Hoje, o sentido da geriatria está mais amplo, pois, além do tratamento, há a preocupação com a prevenção e a manutenção da saúde. Com a gerontologia, passamos a ver o envelhecimento de uma forma global, pois contamos com a integração de profissionais que têm por finalidade comum cuidar de pessoas idosas, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida dessa faixa da população.

Anamnese no Idoso

Esse é um momento muito importante, pois é o início da relação entre o profissional e o paciente. Palavras, gestos e atitudes do profissional no trato com o paciente contribuirão de forma significativa na relação de confiança e segurança que deve existir.

A anamnese no paciente idoso deve ser detalhada e completa e, muitas vezes, a família tem de ajudar nas informações fornecidas pelo paciente para que as respostas sejam corretas e verídicas.

Nesse sentido, as limitações físicas e psíquicas que o paciente possa apresentar deverão ser observadas e consideradas para perfeita percepção do quadro clínico.

A avaliação do grau de cooperação e interesse na realização do tratamento também é importante, já que um paciente deprimido, por exemplo, pode não querer cooperar ou mesmo não aceitar o tratamento proposto pelo profissional por não conseguir avaliar a real necessidade do mesmo. Por vezes, a intervenção da família na tomada de decisão se faz necessária.

Deve-se estar atento às medicações que o paciente possa estar utilizando, pois é comum idosos apresentarem doenças crônicas e fazerem uso de uma ou mais medicações o que aumenta consideravelmente o risco de interações medicamentosas.

Informações gerais fornecidas pelo cirurgião-dentista ao paciente na anamnese deverão ser repetidas durante o tratamento, pois a memória recente no idoso é a primeira a ser afetada.

Compreender os aspectos psicológicos da velhice, seja ela fisiológica ou patológica, é de fundamental

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

importância para que o profissional da área da saúde possa planejar e executar o tratamento com sucesso.

Alterações no Sistema Estomatognático na Senescência

Definir limites entre envelhecimento fisiológico e patológico é por vezes difícil, porém, por mera questão didática, adotamos uma divisão.

Dentes

A cor dos dentes se altera com a idade, tornando-se mais escura. Mudanças nas características da dentina e calcificações progressivas são as causas principais dessas alterações, podendo ter alguma influência a pigmentação extrínseca.

Há um certo grau de atrição dentária (desgaste oclusal), que ocorre normalmente com o passar dos anos como processo irreversível da perda do esmalte. A intensidade de atrição varia em função da dieta e da força muscular de mastigação.

Diminuição da sensibilidade à dor. Com o avanço da idade e em condições normais, ocorre uma calcificação progressiva na dentina, resultando em uma redução na permeabilidade dos canalículos dentinários e, como conseqüência, um aumento do limiar de sensibilidade à dor nos dentes dos idosos.

Aumento da espessura da raiz por aposição contínua de cemento. Ao longo da vida, na presença de um periodonto normal, há aposição contínua de cemento que aumenta a espessura da raiz do dente. Segundo Lascala e Moussalli[10], a espessura do cemento da área apical chega a triplicar aos 70 anos. Esse é um mecanismo que compensa o desgaste oclusal e incisal que o dente sofre com o passar dos anos.

Desvio mesial dos dentes. Ao longo do ciclo de vida normal dos dentes ocorre desgaste no ponto de contato entre eles; com isso a força de oclusão faz com que eles se desviem para frente, mesializando-se.

Redução do tamanho da câmara pulpar. A polpa deposita dentina secundária durante toda a vida de um dente normal; como conseqüência, haverá redução da câmara pulpar. Há dois tipos de dentina secundária:

- dentina secundária normal, formada uniformemente nas paredes da câmara pulpar;
- dentina secundária reacional ou reparadora, formada como mecanismo de defesa em função de uma agressão, localizando-se na direção da mesma.

Periodonto

Poderá haver migração progressiva da gengiva marginal no sentido da raiz, resultando assim num quadro de retração gengival. Muitas vezes, porém, o tecido gengival sadio não mostra alterações com a idade.

Mucosa Oral

Com o envelhecimento, ocorre diminuição da espessura do epitélio e redução da elasticidade, tornando a mucosa oral atrófica e friável, o que a deixa mais sensível a traumas. A capacidade de cicatrização é mais lenta.

Língua

Ocorre atrofia das papilas filiformes, dando à língua um aspecto liso. As papilas circunvaladas tornam-se mais salientes e os alimentos amargos mais desagradáveis. A gustação pode diminuir, principalmente em relação ao doce e ao salgado.

Glândulas Salivares

Com o avanço da idade, ocorre atrofia das glândulas salivares, o que reduz o fluxo salivar e causa leve xerostomia. Dessa forma, há diminuição na proteção e na lubrificação dos tecidos orais.

Osso Alveolar

Faz parte de um envelhecimento normal a atrofia dos rebordos, que ocorre em graus variados. Também há perda em altura, resultante da remodelação óssea que ocorre após a perda dos dentes.

Distúrbios Orais na Senilidade

Atrição Dentária

Como já mencionado, a atrição dentária ocorre na velhice senescente, porém, quando se encontra em grau avançado (Fig. 42.1), a causa principal é o bruxismo, que é uma condição patológica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Extrusão Dentária

Por falta do dente antagonista, o dente sai do seu alvéolo tornando-se "crescido", expondo parte da raiz (Fig. 42.2).

Cárie de Colo

Dentes extruídos e retrações gengivais expõem a raiz do dente. Como o cemento tem menor dureza que o esmalte, a probabilidade do surgimento da cárie se torna maior. Se somarmos a isso a diminuição do fluxo salivar e a higiene oral reduzida, a probabilidade de cárie de colo (Fig. 42.3) aumenta consideravelmente.

Gengivite e Periodontite

Com a diminuição da higiene oral, há aumento da placa bacteriana e, muitas vezes, presença de cálculos, o que faz com que a gengivite e a periodontite (Fig. 42.4) se agravem na população idosa.

Perda dos Dentes

Processos patológicos como cárie e doença periodontal são as causas mais comuns da perda de dentes. Quando estendidos ao longo dos anos, tais processos fazem o indivíduo chegar ao quadro de edentado (Fig. 42.5).

Rebordo Alveolar Diminuído

A base da prótese total pressiona o osso durante a mastigação. Como resposta ocorre reabsorção do rebordo e, conseqüentemente, perda em altura e espessura (Fig. 42.6).

Disfunção Têmporo-mandibular (DTM)

Pacientes desdentados que não façam uso de próteses (Fig. 42.7), usem prótese total antiga ou inadequada ou apresente perda da dimensão vertical, poderão apresentar graus variados de subluxação da ATM, que é um deslocamento parcial da articulação, às vezes acompanhado de dor orofacial. Pacientes com perda parcial de dentes, principalmente os posteriores, poderão apresentar dimensão vertical reduzida e algum grau de subluxação.

Xerostomia

Como já mencionado, o envelhecimento normal provoca leve diminuição do fluxo salivar (Fig. 42.8). Porém, há fatores que aumentam consideravelmente a xerostomia, causando grande incômodo ao paciente. São eles: radioterapia de cabeça e pescoço, uso de algumas medicações sistêmicas (anti-hipertensivos, antidepressivos, anticolinérgicos) e doenças que serão descritas posteriormente.

Devido à diminuição do fluxo salivar, pode haver alguma dificuldade de se conseguir boa retenção das próteses totais.

Saburra Lingual

A saburra é uma placa esbranquiçada no dorso da língua (Fig. 42.9), composta por células epiteliais descamadas, resíduos alimentares e microorganismos. A diminuição do fluxo salivar favorece a formação de saburra, sendo esta a causa mais comum de halitose.

Halitose

A halitose é uma condição anormal do hálito que o torna desagradável. Pode ter origem sistêmica, como, por exemplo, o hálito cetônico do paciente diabético, ou origem local, sendo suas causas mais comuns: higiene oral precária, gengivite, periodontite, cárie, xerostomia e saburra lingual.

Lesões

Aftas

São lesões em que ocorre solução de continuidade do epitélio, expondo o tecido conjuntivo subjacente e causando ulceração única ou múltipla. É uma lesão na qual há sintomatologia dolorosa, cuja reparação leva por volta de 14 dias.

Convém ressaltar que uma úlcera traumática se repara no período de três a quatro dias.

Herpes Labial

A lesão herpética labial é causada pelo vírus herpes simples (tipo I). Existem fatores que deprimem o sistema imunológico, desencadeando os surtos. São eles: febre, infecções, exposição ao sol, tensão emocional, trauma mecânico etc.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 42.1 Atrição por bruxismo.



Fig. 42.2 Elemento dentário extruído.



Fig. 42.3 Cárie de colo.



Fig. 42.4 Presença de gengivite e periodontite.



Fig. 42.5 Quadro de edentado.



Fig. 42.6 Rebordo diminuído devido à reabsorção óssea.



Fig. 42.7 Paciente desdentado total com dimensão vertical reduzida.



Fig. 42.8 Mucosas secas.



Fig. 42.9 Presença de saburra lingual.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Nas primeiras 24 horas, há sensação de ardor e hiperestesia da região. Posteriormente, há formação de vesículas que se rompem e liberam um líquido branco-amarelado. Acompanha linfoadenopatia regional. As lesões curam-se espontaneamente no período de sete a 14 dias, sem deixar cicatriz. Há possibilidade de recorrência.

Varicosidades Linguais

São um achado comum em idosos. Caracterizam-se por alterações vasculares, acometendo principalmente a região do ventre da língua, causando um aspecto bolhoso ou sinuoso de coloração vermelho-escura ou azulada (Fig. 42.10). Ocorrem em maior freqüência em indivíduos que apresentam varizes nos membros inferiores. São assintomáticas e não requerem tratamento.

Candidíase

O fungo chamado *Candida albicans* está presente na microbiota oral normal sem produzir a doença. A candidíase só ocorrerá se o fungo penetrar nos tecidos, o que pode acontecer em circunstâncias específicas, como o uso abusivo de antibióticos — que interrompem a atividade das bactérias normalmente inibidoras desse processo — e também pela utilização de drogas imunossupressoras, principalmente os corticosteróides. Ocorrem em qualquer local da mucosa bucal e possuem formas diferentes, conforme descrito a seguir.

- *Candidíase pseudomembranosa aguda:* placas brancas que podem ser removidas com gaze (Fig. 42.11A).
- *Candidíase atrófica crônica:* também conhecida como *estomatite protética,* associada ao uso de prótese total, antiga ou mal higienizada. Apresenta-se como uma área inflamada localizada embaixo da dentadura (Fig. 42.11B).
- *Queilite angular:* ocorre na comissura labial e está associada à perda da dimensão vertical (Fig. 42.11C).



Fig. 42.10 Varicosidades linguais.

Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

É uma reação inflamatória tecidual resultante de irritação freqüente e de baixa intensidade causada pela dentadura (Fig. 42.12). O tecido hiperplásico se forma na borda da dentadura mal adaptada. Não há regressão espontânea, sua remoção é cirúrgica e a troca da prótese se faz necessária.

Câncer Bucal

A neoplasia malígna mais comum da cavidade bucal é o carcinoma epidermóide, que ocorre com maior freqüência na língua, no assoalho de boca e nos lábios. Atinge principalmente indivíduos acima de 60 anos e, quando ocorre na região dos lábios, acomete principalmente os homens.

Próteses totais com câmara de vácuo, mal adaptadas ou com bordas cortantes sobre a mucosa ao longo dos anos causam lesões hiperplásicas. Essas lesões, se potencializadas por agentes carcinógenos que atuam



Fig. 42.11 **A**. Candidíase pseudomembranosa aguda. **B**. Candidíase atrófica crônica. **C**. Queilite angular.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 42.12 Hiperplasia fibrosa inflamatória.

na boca, tais como hábitos de etilismo ou tabagismo, podem induzir ao desenvolvimento de câncer bucal.

Manifestações Bucais de Doenças Sistêmicas

Síndrome da Ardência Bucal (SAB)

O sintoma é a ardência por toda a boca, porém a língua é a parte mais afetada. Geralmente não há sinais da doença, a mucosa apresenta-se completamente normal; se houver lesões, exclui-se o diagnóstico. Acomete pacientes por volta dos 60 anos, afetando mais mulheres do que homens.

Alterações nas Mucosas Devido a Deficiências Vitamínicas

- Carência de vitamina B2 (riboflavina): o sinal mais precoce da deficiência é a palidez dos lábios, seguida de fissuras no canto da boca com posterior formação de crosta amarela. Com a progressão da doença, os lábios tornam-se vermelhos e brilhantes, as fissuras tornam-se mais profundas e sangram com facilidade. Na língua, há atrofia das papilas filiformes, resultando em um aspecto de língua lisa e brilhante.
- Carência de niacina (ácido nicotínico): chamada pelagra. Suas características são lesões na língua e na mucosa bucal, com queixa de ardência na língua. Esta se apresenta inchada e com ponta e bordas vermelhas. Há descamação. Posteriormente, toda a mucosa se torna vermelha, dolorosa e ulcera.
- Carência da vitamina K: presença de sangramento gengival.
- Carência de vitamina C (escorbuto): a gengiva interdentária e marginal se apresenta vermelha, lisa e brilhante. Quando em estado evoluído, a gengiva ulcera e sangra.
- Carência de vitamina B12 (anemia perniciosa): o sintoma mais comum é a glossite, com queixa de dor e ardência na língua. Quando mais adiantada, mais a língua se apresenta com "cor de carne". Em alguns casos, poderá haver atrofia das papilas, conferindo à língua aspecto liso.

Diabetes Tipo II

Há aumento da freqüência de cáries, periodontite agressiva, xerostomia, ardência e dor na mucosa oral e na língua, microabscessos gengivais, retardo na cicatrização, halitose e dificuldade de adaptação de próteses. Sinais e sintomas podem se agravar quando o paciente estiver descompensado.

Desidratação

Presença de xerostomia e halitose devido à redução do fluxo salivar.

Síndrome de Sjögren

Presença de xerostomia associada à ceratoconjuntivite seca e à artrite reumatóide. Freqüentemente, há sensação dolorosa e queimação da mucosa bucal. Predominante entre mulheres com mais de 40 anos. É uma doença auto-imune.

Higiene Oral no Paciente Geriátrico

É necessária a conscientização e a motivação do paciente em relação à higiene oral para que possa haver mudanças de hábitos e atitudes, resultando em melhor prevenção e manutenção da saúde oral.

Pacientes idosos podem e devem fazer sua própria higiene oral. Porém, aqueles que apresentam alguma limitação, como, por exemplo, deficiências na coordenação motora ou na visão, encontram dificuldades para realizar sua higiene oral com eficiência, de forma que necessitam da ajuda de terceiros.

Alimentos moles, além de não exigirem muito da mastigação, não estimulam a função de autolimpeza da boca. Incluindo-se na dieta alimentos mais resistentes, além do incentivo à mastigação, incentiva-se

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a profilaxia da cavidade oral. A medida profilática mais eficiente, porém, é a higiene oral.

Descreveremos a seguir técnicas e instrumentos que indicados para a higiene oral de idosos, sejam eles dentados ou edentados.

Paciente Dentado

Técnica de Escovação Dental

A escovação dental deve ser feita após cada refeição, pois é necessária para a remoção da placa bacteriana e de restos de alimentos. Para idosos, o método mais eficaz é obtido através da Técnica de Bass, explicada a seguir.

- Nos dentes superiores posteriores: posicionar a escova entre o dente e a gengiva, penetrando as cerdas no sulco gengival. Vibrar a escova e fazer movimentos de varredura de cima para baixo, do lado esquerdo para o direito, nas faces interna e externa do dente. Escovar no máximo dois dentes por vez.
- Nos dentes inferiores posteriores: fazer movimentos de varredura de baixo para cima com leves vibrações.
- Nos dentes anteriores superiores e inferiores: com a escova na posição vertical, fazer movimentos circulares com pequenas vibrações nas faces interna e externa do dente.
- Na face mastigatória: fazer movimentos de vaivém.

Escova Dental

A escova dental deve ter, preferencialmente, cabeça pequena, cerdas macias, cabo reto (Fig. 42.13A) e, se possível, grosso, para melhor apreensão do idoso. Aqueles com habilidade manual reduzida poderão utilizar escovas elétricas ou a pilha (Fig. 42.13B), alcançando bons resultados. Em alguns casos, escovas interdentais (Fig. 42.13C) podem ser usadas para complementar a escovação.

Dentifrícios

Os dentifrícios são auxiliadores na escovação, pois contêm substâncias levemente abrasivas e detergentes. Preferencialmente, devem conter flúor. A quantidade necessária para uma escovação (Fig. 42.14A) é obtida através do tubo colocado no sentido transversal da escova (Fig. 42.14B), não havendo necessidade de cobrir todas as cerdas (Fig. 42.14C). Pastas medicamentosas somente devem ser utilizadas mediante indicação do cirurgião-dentista, já que possuem ação terapêutica.



Fig. 42.13 **A**. Escova convencional. **B**. Escova a pilha. **C**. Escovas interdentais.



Fig. 42.14 **A**. Correta. **B**. Posição do tubo. **C**. Errada.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Fio Dental

O uso do fio dental é indispensável para a remoção da placa bacteriana que se deposita entre os dentes, prevenindo assim as cáries interproximais e doenças da gengiva. O tipo a ser utilizado dependerá do espaço interdentário de cada paciente; podendo ser fios extrafinos, convencionais ou fita dental. Pacientes com habilidade manual reduzida poderão utilizar seguradores de fio dental (Fig. 42.15), pois estes simplificam seu uso.



Fig. 42.15 Segurador de fio.

Limpadores de Língua

A limpeza da língua é importante para a remoção de restos de alimentos ou saburra lingual. Pode ser feita por meio de escova dental de cerdas macias ou limpadores linguais (Fig. 42.16).

Antissépticos Bucais

A escovação e o uso do fio dental têm sido considerados os melhores métodos para prevenir e controlar a placa. Os antissépticos, porém, são meios auxiliadores na higiene bucal. Podem ser enxaguatórios ou colutórios, conter ou não flúor, ou mesmo ter ação antinflamatória.

Paciente Edentado

Mesmo em pacientes que não possuem dentes, a higiene oral é necessária para a remoção de restos alimentares e células epiteliais velhas. A limpeza deverá ser feita em toda a mucosa oral, inclusive os rebordos, podendo-se utilizar escova convencional de cerdas macias (Fig. 42.17A) ou gaze (Fig. 42.17B).

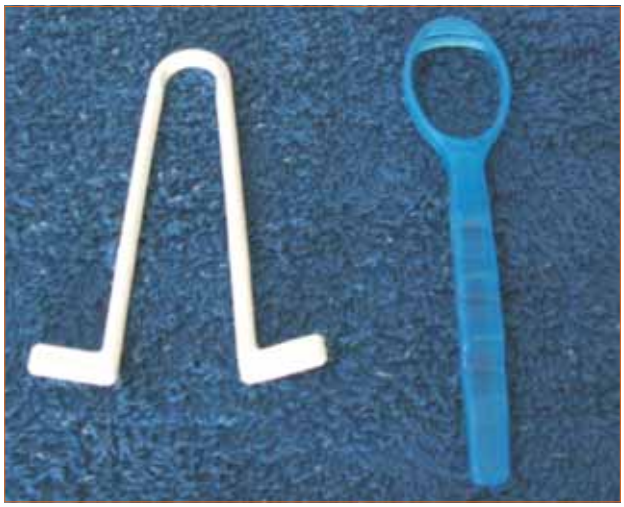


Fig. 42.16 Limpadores de língua.

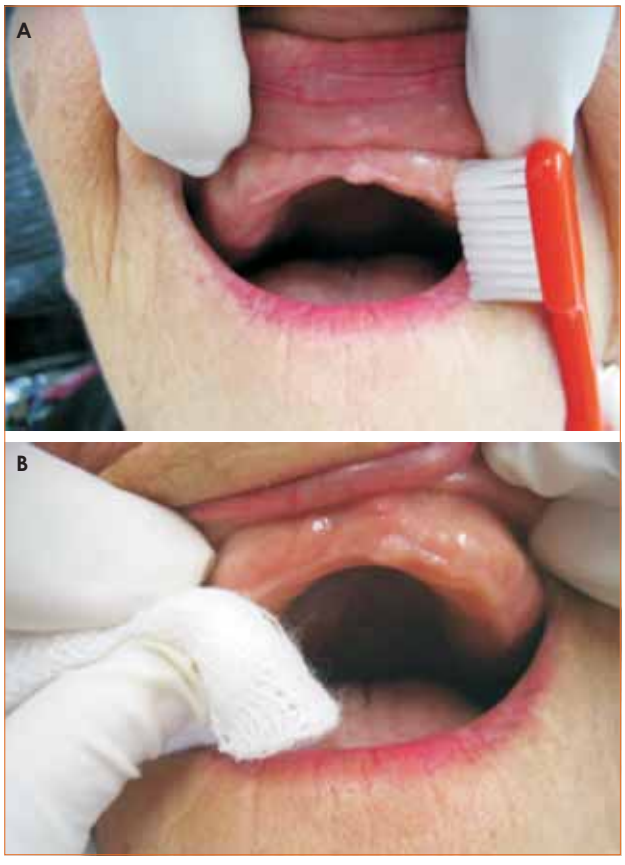


Fig. 42.17 **A**. Escova convencional. **B**. Gaze.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Pacientes que fazem uso de aparelhos protéticos deverão higienizá-los fora da boca. A escovação das próteses poderá ser feita com escova dental convencional, porém com cerdas de dureza média, ou escovas próprias para dentadura (Fig. 42.18).



Fig. 42.18 Escovas para dentadura.

As próteses totais devem ser retiradas da boca no período da noite para que a musculatura perioral possa descansar. Outro motivo importante é permitir o relaxamento das glândulas salivares do palato, pois estas sofrem compressão da prótese total continuamente. Convém ressaltar que essa compressão, ao longo dos anos, poderá resultar em atrofia de algumas dessas glândulas.

Quando estiverem fora da boca, as próteses deverão permanecer dentro de um recipiente submersas em água para que o acrílico não desidrate. Poderá ser adicionado à água algum produto bacteriostático para inativar micoorganismos presentes no acrílico da prótese, principalmente se a prótese for antiga. Manter as próteses limpas é preservar a saúde oral.

Atendimento Odontológico em Domicílio

Pacientes idosos muitas vezes têm dificuldade de locomoção ou são acamados e sofrem grande incômodo ao saírem de seus domicílios, pois, além das dificuldades físicas, necessitam de transporte especial. Um fator agravante é a mudança do seu ambiente natural para outro diferente. Notamos que o idoso fora do local com que está acostumado por vezes não coopera da mesma forma, correspondendo em menor grau às expectativas esperadas. Por esses motivos, salientamos os benefícios do atendimento em domicílio.

Para atender em domicílio, o cirurgião-dentista necessita de instrumentais de uso comum em consultório e de aparelhos móveis. O atendimento em casa não substitui o atendimento em ambulatório, mas permite solucionar grande parte dos problemas encontrados. Além do alívio da dor, pode-se fazer orientação de higiene oral e de próteses, tratamento periodontal, restaurações, extrações, conserto e reembasamento de próteses, moldagens e manutenção da saúde oral.

A título de ilustração, trazemos um relato de caso clínico, demonstrando a importância do atendimento em domicílio.

Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, vítima de atropelamento, em coma vigil, restrito ao leito há nove anos por seqüela de traumatismo crânio-encefálico e apresentando quadro clínico de gengivite crônica generalizada (Fig. 42.19A). Diante da impossibilidade de manifestar incômodo ou sintomas dolorosos de maneira comum, expressava suas queixas através de movimentos involuntários de mandíbula e constante abertura de boca e, como conse-



Fig. 42.19 **A.** Inicial. **B.** Final.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

qüência, apresentava ressecamento das vias aéreas superiores. Foi submetido a tratamento odontológico em domicílio, que se baseou em sessões de raspagem de cálculos supragengivais e controle de placa bacteriana com higiene oral correta e uso de solução de Gluconato de Clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, por um período de dois meses. Após esse período, houve regressão de sinais e sintomas (Fig. 42.19B), retorno da umidade natural das mucosas e vias aéreas e expressão facial de alívio e conforto.

Podemos concluir que o atendimento domiciliário pode contribuir de maneira significativa para a melhora da qualidade de vida de pacientes acamados ou com capacidade de locomoção reduzida.

Bibliografia

1. Boraks S. Alterações bucais dentro dos padrões de normalidade. In: Boraks S. Diagnóstico bucal. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 9.
2. Boraks S. Semiologia e alterações das glândulas salivares. In: Boraks S. Diagnóstico bucal. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 234.
3. Carboni AMG, Carvalho LAC, Mello WR et al. Manifestações bucais em pacientes com Diabetes Mellitus. BD Terap Diabetes; 2002; 30: 1.
4. Carranza Júnior FA. A gengiva. In: Carranza Junior FA. Periodontia clínica de Glickman. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986. p. 2.
5. Carranza Júnior FA. A idade e o periodonto. In: Carranza Júnior FA. Periodontia clínica de Glickman. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986. p. 65.
6. Demarchi CL. Estomatologia geriátrica. In: Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 3 ed. São Paulo: Pancast; 2002. p. 527.
7. Franks AST, Hedgard B. Aspectos anatômicos e fisiológicos do envelhecimento. In: Franks AST, Hedgard B. Odontologia geriátrica. Rio de Janeiro: Labor do Brasil; 1977. p. 19.
8. Franks AST, Hedgard B. Distúrbios e doenças orais na velhice. In: Franks AST, Hedgard B. Odontologia geriátrica. Rio de Janeiro: Labor do Brasil; 1977. p. 131.
9. Lamey PJ, Lewis MAO. Síndrome da ardência bucal. In: Lamey PJ, Lewis MAO. Manual clínico de medicina oral. 2 ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 13.
10. Lascala NT, Moussali NH. Higienização bucal. In: Lascala NT, Moussali NH. Compêndio terapêutico periodontal. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 240.
11. Marchione SAE. A formação de vínculo no atendimento odontológico. In: Seger L. Psicologia e odontologia: uma abordagem integrada. 4 ed. São Paulo: Santos; 2002. p. 31.
12. Newton CW, Brown Júnior CE. Endodontia geriátrica. In: Cohen S, Burns RC. Caminhos da polpa. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 716.
13. Parajara F, Guzzo F. Sim, é possível envelhecer saudável! Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas 2000; 54 (2): 91.
14. Pereira CMMS, Montenegro FLB. Efeitos bucais das drogas: cuidados na terceira idade. In: Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatria: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 131.
15. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Infecções bacterianas, virais e micóticas. In: Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. p. 316.
16. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Manifestações bucais das doenças metabólicas. In: Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. p. 570.
17. Siqueira JTT, Lin HC. Disfunção temporomandibular no paciente desdentado total. In: Siqueira JTT. Dor orofacial/ATM: bases para o diagnóstico clínico. 2 ed. Paraná: Maio; 2001. p. 191.
18. Tárzia O. Descrição dos tipos de halitose. In: Tárzia O. Halitose. 2 ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 1996. p. 35.
19. Tortamano N, Migliorati EK, Saraceni Júnior G. Fisiologia do periodonto. In: Lascala NT, Moussali NH. Periodontia clínica II. São Paulo: Artes Médicas; 1989. p. 35.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

43 Terapia Ocupacional Aplicada a Gerontologia

Silvia Affini Borsoi Tamai

Introdução

A terapia ocupacional é um tratamento dado ao idoso objetivando facilitar-lhe a possibilidade de viver de maneira sadia seu processo de envelhecimento. Isso significa para o idoso a realização, de acordo com seu grau de independência, das atividades da vida diária, atividades produtivas (remuneradas ou não), sociais e de lazer.

Considerando-se a velhice como um período de 25 a 30 anos, é sumamente importante, nessa fase, que haja uma preocupação com a qualidade de vida, principalmente se ela é afetada nas atividades citadas anteriormente, que preenchem a maioria do seu tempo.

O objetivo da terapia ocupacional, portanto, é compreender e perceber a dinâmica da ocupação nesse período de vida.

Considerando o grau de independência do idoso, sua educação, saúde e renda, o terapeuta ocupacional tem condições de intervir no processo adaptativo do envelhecimento, que requer concordância entre valores, capacidades e atividades de uma pessoa.

Considerações Gerais sobre Terapia Ocupacional

Como profissional da área de saúde, o terapeuta ocupacional tem como foco do seu trabalho a ocupação. A forma como o terapeuta ocupacional compreende e percebe a dinâmica da ocupação é analisando o desempenho ocupacional do ser humano ao longo da vida. Observa-se que, a cada fase, a ocupação humana se desenvolve de maneira distinta.

A ocupação é considerada uma necessidade básica do ser humano, sendo essencial para o desenvolvimento da satisfação pessoal da mesma forma que as necessidades de sobrevivência, como comer e dormir.

Pode-se definir ocupação como o uso intencional dos seres humanos, a fim de satisfazer seus próprios impulsos internos, na direção da exploração e do domínio de seu meio ambiente, que, ao mesmo tempo, satisfaz as exigências do grupo social ao qual pertencem e as necessidades pessoais de auto-suficiência[9].

Com base nos impulsos internos do indivíduo, a ocupação humana se desenvolve numa linha contínua entre ação e trabalho. Por meio da ação, o homem organiza seu comportamento e inicia mudanças em si próprio e na sociedade. Dentro do trabalho, o homem é produtivo para si próprio e para o grupo social. Assim, a ação promove a mudança, e o trabalho mantém o indivíduo e o grupo social. Ambos existem em harmonia e em equilíbrio, caracterizando o uso do tempo entre trabalho e lazer, que se inter-relacionarão durante toda a vida[9].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O Desempenho Ocupacional ao Longo da Vida

Como será mostrado, o que se modifica no curso da vida é justamente o tempo empregado nas atividades de trabalho e lazer e o impulso que motiva o indivíduo a atuar no mundo. Kielhofner e col.[9] caracterizaram detalhadamente cada uma dessas fases.

Na infância, o fazer caracteriza-se pelo brincar. Por meio da brincadeira a criança organiza seu comportamento, desenvolve habilidades e regras que a preparam para o papel de estudante e para o mundo adulto do trabalho. O impulso é caracterizado pela exploração do ambiente.

Na adolescência, o tempo é utilizado em passatempos pessoais, jogos em grupo e eventos sociais. A escolha ocupacional é a principal transição do comportamento ocupacional, que se estende sobre a linha contínua da brincadeira da infância ao trabalho adulto. O compromisso com o papel de trabalhador está sendo processado. A principal força energizadora é o impulso para desenvolver competência.

No adulto, o impulso principal é a realização dentro dos papéis da família e da comunidade. A maioridade é geralmente organizada em torno de papéis procriativos ou produtivos. Embora esta fase pareça ser estável, ela é também um período de mudança — o indivíduo se torna cônjuge, pai, mãe ou inicia um novo trabalho.

O trabalho não é apenas estabilizador, mas o principal fator de satisfação pessoal se o adulto for capaz de empregá-lo de modo útil, expandindo seus interesses e habilidades. O lazer serve ao propósito de suportar a rotina do trabalho, recriando e regenerando as energias. A satisfação no trabalho está ligada à habilidade de equilibrar o trabalho e o lazer.

A velhice caracteriza-se pela transição da vida produtiva intensiva para o lazer e a aposentadoria. A produtividade fica focada na automanutenção e na participação na família, e não na contribuição para a sociedade como um todo.

A aposentadoria bem-sucedida estará em torno da habilidade de transferir-se para um padrão de vida diária no qual o lazer substituirá o trabalho como fonte principal de satisfação pessoal.

Como o trabalho, o lazer requer seu próprio conjunto especial de habilidades e a reorganização do ritmo do uso do tempo. Na velhice, o impulso principal será a exploração. A pessoa mais velha explora seu passado e o futuro desconhecido nesse estágio da vida, utilizando sua história substancial pessoal como fonte de auto-satisfação na transição do domínio ativo para o passivo.

Observa-se que essa experiência pode ser positiva e gratificante ou pode tornar-se uma incapacitação social; dependendo da pessoa, de sua história de experiências e das circunstâncias externas ao longo da velhice.

A velhice não precisa resultar no desengajamento do indivíduo da sociedade, desde que lhe forneça um papel valorizado. A velhice pode ser um período de participação social intensa e uma forma de renascimento social. Em vez de experimentar a desintegração do papel ocupacional, a pessoa aposentada pode mover-se para a integração das experiências da vida. Portanto, a aposentadoria e a velhice são conceituadas como uma fase natural da vida, com papéis próprios. Para tanto, é imprescindível a aceitação, por parte do idoso, da mudança de papel nessa fase, além do acesso a um ambiente que lhe dê suporte.

Conhecendo as características do desempenho ocupacional em cada fase da vida, o terapeuta ocupacional, no sentido de colaborar com o indivíduo para que ele realize de forma satisfatória e adequada as atividades que o levem ao seu desenvolvimento e ao domínio de si e de seu meio, vale-se do uso de atividades selecionadas que estimulam as áreas de autocuidado, trabalho e lazer, intervindo nos níveis preventivo, curativo e de reabilitação.

Atuação do Terapeuta Ocupacional

Todo processo de terapia ocupacional junto ao paciente inicia-se com uma avaliação que englobará vários aspectos: sociais, econômicos, psicológicos, funcionais, culturais e das atividades de vida diária. Após essa etapa, traça-se o plano de tratamento e as atividades poderão ser realizadas individualmente ou em grupo, dependendo da necessidade de cada um.

Algumas condutas do terapeuta ocupacional são fundamentais para alcançar resultados positivos durante o processo de tratamento, como listado a seguir.

- Desenvolver a formação do vínculo terapêutico, que é de vital importância no relacionamento terapeuta/paciente.
- Estar preparado para enfrentar problemas, como angústia, tristeza, solidão e inatividade, aspectos comuns nesse período.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Ser criativo ao lidar com as questões do paciente. O idoso reage ao interesse, à criatividade e à espontaneidade e pode também ser criativo se lhe derem oportunidade para isso.
- Ser perseverante. A recusa do idoso em relação ao tratamento, na primeira vez, não deve significar desistência. Outras tentativas devem ser feitas, pois a investida seguinte pode ser o começo de alguma atividade.
- Ter atenção meticulosa em relação às deficiências sensoriais e principalmente no controle do ambiente (ventilação e iluminação).
- Ser um ouvinte atento e disponível.

Intervenção do Terapeuta Ocupacional em Grupos da Terceira Idade

Observa-se que cada vez mais idosos procuram serviços nos quais possam se sociabilizar e aprender novas atividades. Isso vem ao encontro da necessidade de se desenvolver novos padrões de atividades que ocupem tempo — livre, em decorrência da aposentadoria, da viuvez e da solidão —, minimizando as dificuldades de adaptação a essa nova fase da vida.

Partindo do princípio de que a ocupação faz parte do desenvolvimento normal dos seres humanos, podendo ser considerada um dos indicadores de saúde, o terapeuta ocupacional trabalha com o idoso no sentido de reestruturar e redistribuir seu tempo. Sua atuação consiste em levar o idoso a perceber a qualidade da utilização do tempo, possibilitando a definição de novos padrões de atividades e o reconhecimento da importância de ter um tempo só para si.

Os recursos terapêuticos empregados para este fim são:

- atividades de lazer;
- atividades de socialização (festas e passeios);
- atividades culturais (ciclos de palestras, teatro, música, dança etc.);
- atividades físicas;
- atividades artesanais e expressivas;
- dinâmicas que propiciem a vivência e auto-reflexão.

Dessa forma, o terapeuta ocupacional desempenha um papel significativo na capacitação do idoso para a reconstrução de seus padrões de vida e de atividade, desenvolvendo estratégias que o estimulem nos aspectos físicos, mentais e sociais, trabalhando sua autonomia e independência.

Com o intuito de complementar o assunto abordado neste tópico, recomenda-se a leitura do Capítulo 20.

Reabilitação em Terapia Ocupacional

A abordagem reabilitadora será uma abordagem compensatória apropriada para os pacientes que precisam conviver com uma deficiência, em base permanente ou provisória. A teoria dessa abordagem focaliza o uso das capacidades remanescentes do paciente para adquirir o nível mais alto de independência possível para esse indivíduo no desempenho das tarefas ocupacionais.

Qualquer atividade, relacionada com deveres, papéis ou satisfação na vida, é uma tarefa de desempenho ocupacional. Isso pode incluir cuidados pessoais, arrumação da casa, lazer, participação social e trabalho.

A independência nas tarefas de desempenho ocupacional é o objetivo geral da reabilitação e particular da terapia ocupacional. Sempre que uma pessoa sofre um trauma ou doença que resulta em incapacidade física, a independência nessas atividades se torna prejudicada. O terapeuta ocupacional precisa determinar as capacidades e limitações do paciente. A avaliação do desempenho das tarefas ocupacionais consiste na observação sistemática e/ou entrevista para se determinar as tarefas que podem ser efetuadas e seus fatores limitantes.

A avaliação da terapia ocupacional, porém, não se restringe apenas às funções orgânicas. Ela tem um papel importante dentro do processo de reabilitação, fornecendo informações sobre as alterações motoras, sensitivas, cognitivas, visuais e auditivas que colaboram para a perda de independência e autonomia do paciente.

É importante lembrar que o processo de envelhecimento pode evoluir ocasionando limitações psicossociais, que são ainda mais acentuadas com a ocorrência de incapacidades físicas — estas alteram a imagem corporal, diminuem a auto-estima, a segurança, a independência, reduzindo ainda mais as oportunidades de contato social.

A reabilitação física pode melhorar a função do paciente, mas, por si só, não proporciona os meios para o retorno bem-sucedido e permanente a uma

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vida comunitária independente. Existem fatores psicológicos que influenciam o processo de reabilitação, tais como: negação, depressão, ansiedade, raiva, dependência, dentre outros. É imprescindível o conhecimento dos valores culturais, da religião, das atitudes comunitárias, da dinâmica familiar, do ambiente e das expectativas do indivíduo em relação ao tratamento para se iniciar o processo de reabilitação.

Assim, o terapeuta ocupacional precisa fazer uma avaliação psicossocial do indivíduo; avaliação essa que deve ser suficientemente abrangente para fornecer informações sobre:

- comportamentos habituais;
- desempenho funcional;
- função cognitiva;
- interesses;
- preferências na área de lazer e hobbies;
- cotidiano;
- uso do tempo.

É importante lembrar que o terapeuta ocupacional irá encontrar bloqueios em face de todos os fatores levantados e que o trabalho será muito lento.

Outro aspecto importante a ser trabalhado com esses pacientes refere-se aos aspectos das atividades de vida diária.

As atividades de vida diária (AVDs) são tarefas de desempenho ocupacional que a pessoa realiza todos os dias. As AVDs são subdivididas em Atividades Básicas de Vida Diária, que se referem à capacidade de vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, tomar banho, pentear-se e mover-se ou locomover-se de um lugar para o outro, e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), que se referem a uma série de habilidades comuns, como usar o telefone, comunicar-se, manipular correspondência, dinheiro, livros ou jornais, fazer compras, realizar trabalhos domésticos e cuidar da própria medicação.

Na prática, existem várias técnicas específicas tanto para a reabilitação motora quanto para a sensitiva, como a abordagem neuroevolucional, aplicada na intervenção de doenças degenerativas e acidente vascular cerebral, e a abordagem biomecânica, aplicada na intervenção de terapia de mão, fraturas, artrite e reabilitação cardíaca.

O terapeuta ocupacional também trabalha na indicação e confecção de órteses, principalmente dos membros superiores, com intuito de restaurar uma função perdida, compensar a fraqueza muscular, posicionar, imobilizar, corrigir ou prevenir deformidades do membro lesado. Podem ser estáticas ou dinâmicas, dependendo do seu objetivo.

São realizadas orientações e adaptações ambientais que facilitam o dia-a-dia do paciente, além da utilização de tecnologias assistivas, tais como:

- utensílios adaptados para alimentação, vestuário, higiene e cuidados pessoais;
- ambiente adaptado em relação às barreiras arquitetônicas: orientações quanto à disposição dos móveis, substituição de degraus por rampas, aumento da largura das portas para passagem de cadeiras de rodas, andador ou barras fixas em pontos estratégicos da casa e pisos antiderrapantes.

Alterações de visão e audição podem ser fatores de dificuldade para o idoso, assim como fatores ambientais, como ventilação e iluminação.

Orientar tanto a família como o paciente na organização das atividades diárias implicará uma economia de energia no trabalho doméstico, economia de tempo, mais tempo para dedicar-se a outras atividades e prevenção de acidentes. Para isso, é necessária a preparação do material antes do uso e a manutenção e a disposição deste no domicílio.

A influência das atitudes familiares com relação à doença e à manutenção do papel de idoso e doente é outro fator que tem de ser considerado. Os pacientes com dependência física e alterações neurológicas exigirão mais atenção no processo de aprendizagem, pois tarefas executadas antes automaticamente terão que ser reaprendidas. Será necessária muita perseverança, treino e repetição por parte do paciente. Dessa forma, a família terá um papel fundamental no processo de reabilitação e na recuperação do paciente.

Em função de todos esses fatores, é de fundamental importância a orientação técnica ao cuidador e suporte emocional, seja individualmente ou em grupos de cuidadores, realizada por uma equipe multidisciplinar.

O profissional que se propõe a trabalhar com idosos deve ter em mente que a família é tão importante quanto o paciente, pois ele dependerá dela para alcançar qualidade nos cuidados que serão prestados ao paciente em casa.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Intervenção do Terapeuta Ocupacional em Enfermaria Geriátrica

São vários os motivos que levam o idoso à internação:

- observação;
- investigação diagnóstica;
- tratamento medicamentoso e com procedimentos específicos;
- controle de quadros agudos de doenças crônicas;
- cirurgia.

Dessa maneira, o tempo de permanência do idoso na enfermaria varia de acordo com a necessidade de cada caso. O objetivo é mantê-lo internado o tempo estritamente necessário, dando-lhe seguimento ambulatorial e/ou domiciliário do tratamento e evitando assim o longo afastamento de sua casa e da família.

Em relação às patologias, apresentam-se as mais diversas, encontrando-se os idosos em diferentes graus de dependência. A maioria permanece grande parte do seu tempo de internação inativa e com baixo nível de estimulação. São ansiosos com relação ao tratamento, variando muito entre os estados de depressão, apatia e confusão. A intervenção do terapeuta ocupacional parte do levantamento das necessidades do idoso na enfermaria, que se resumem em:

- falar e ser ouvido, sendo necessários disponibilidade de tempo, compreensão e reconhecimento de seus interesses e problemas;
- adaptar-se ao ambiente hospitalar;
- ter suporte psicológico nos estados de depressão, apatia, angústia, tristeza e carência afetiva;
- adaptar-se e integrar-se ao meio depois da alta hospitalar.

Partindo dessas necessidades, são objetivos da terapia ocupacional:

- favorecer ambiente à livre expressão;
- trabalhar com a equipe na manutenção do ambiente hospitalar;
- trabalhar, por meio de atividades, as situações de ansiedade, depressão, angústia, solidão e inatividade;
- orientar os familiares visando a melhor adaptação do idoso.

Após minuciosa avaliação, é traçado um plano de atendimento para cada paciente. As atividades podem ser realizadas individualmente ou em grupos, dependendo da necessidade de cada um.

Desse modo, o terapeuta ocupacional intervém, utilizando como recursos terapêuticos os itens listados a seguir.

- Conversas informais, que ensejam a livre expressão, por meio das quais afluem queixas e sentimentos, possibilitando que assuntos de interesse pessoal sejam discutidos e programas de atividades sejam planejados.
- Atividades de lazer, propiciando a manutenção do ambiente hospitalar. Jogos como bingo, jogo da velha e dominó são competitivos, populares e requerem habilidades simples, pois qualquer pessoa tem a possibilidade de jogar e vencer. Isso é muito importante na construção da confiança e da auto-estima e permite ao profissional a observação do tempo de atenção, coordenação, memória, percepção e comportamento.
- Atividades expressivas e artesanais, como pintura, colagens, cerâmica etc, que também estimulam a aprendizagem de novas habilidades e interesses.
- Grupos de recordação, trabalhando o suporte emocional e a revisão de vida.
- Terapia de orientação para a realidade, no auxílio a pacientes demenciados, adaptando jogos e atividades para a estimulação.
- Treinamento das AVDs por meio de atividades estruturadas, trabalhando articulações e grupos musculares comprometidos em casos de acidente vascular encefálico (AVE), doenças reumáticas, neuropatias periféricas e outras.

Durante a permanência do idoso na enfermaria, é fundamental que a equipe técnica mantenha reuniões periódicas para discussão dos casos, nas quais poderão ser analisadas e trabalhadas questões para o futuro seguimento ambulatorial, as orientações familiares e as visitas domiciliárias.

Intervenção do Terapeuta Ocupacional em Instituição de Longa Permanência

Quando um profissional é chamado para trabalhar ou prestar serviços de assessoria em uma instituição de longa permanência (ILP), poderá encontrar três situações distintas.

Em primeiro lugar, instituições sem nenhum programa de atividades, com idosos totalmente apáticos,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

inativos, demonstrando pouco ou nenhum interesse no desenvolvimento delas.

Em segundo lugar, instituições sem programas, mas que têm interesse no desenvolvimento de programas de atividade.

Em terceiro lugar, instituições que já iniciaram programas de atividades, inclusive com profissional treinado e responsável pela programação.

Em função da análise dessas situações, a atuação do técnico será distinta.

No primeiro caso, há necessidade de se fazer todo um trabalho educativo de conscientização do pessoal da instituição, particularmente administradores e dirigentes, mostrando-se a importância de sua participação e colaboração para que esses programas possam se efetivar, porque são essas pessoas que estarão liberando verbas, promovendo cursos e treinamentos e contratando novos profissionais, dependendo de suas necessidades.

No segundo caso, inicia-se o trabalho pelo treinamento de pessoal, sobretudo do pessoal voluntário, visando à preparação para atender adequadamente ao idoso e suas necessidades. Isso de acordo com a capacidade de cada um, as facilidades proporcionadas pela instituição, o equipamento e o orçamento de cada entidade. É importante saber utilizar os recursos humanos já existentes na própria instituição e conhecer bem sua dinâmica interna antes de requisitar material e novos profissionais, o que, muitas vezes, não será possível.

No terceiro caso, conta-se com a atuação de técnicos especializados que estarão realmente em condições de atender ao idoso, individualmente ou em grupo. Seu trabalho será desenvolvido na avaliação das necessidades de cada caso, na supervisão e na coordenação das atividades realizadas, promovendo o bem-estar do idoso e garantindo-lhe a qualidade de vida.

A extensão e o tipo de treinamento e orientação aos voluntários estarão muito ligados a cada tipo de instituição, ao grau de desenvolvimento de cada idoso residente e ao tipo de idoso atendido.

Uma vez iniciados esses programas, deve-se procurar evitar ao máximo a rotina e cuidar para que as atividades sejam efetivamente realizadas por todos ou quase todos os idosos, e não só por alguns. Em função desse objetivo, é fundamental conhecer a clientela, sabendo o número de idosos independentes, dependentes, com demência e o grau de suas limitações, não excluindo os idosos acamados.

A motivação sempre é necessária ao se trabalhar o indivíduo institucionalizado. A tristeza e solidão são comuns ao idoso e o grau e o nível de angústia associados a esses fatores podem ser melhor avaliados por um ouvinte atento e que realmente demonstre interesse pelos assuntos abordados.

Para finalizar, fatores que também fazem parte da programação de atividades são: materiais, equipamentos e locais apropriados.

Há entidades que podem fornecer o material, mas a maioria, não. Às vezes, para o apoio contínuo dos programas, é feita a venda de artigos de artesanato em bazares. Essa medida torna-se efetiva quando os lucros são aplicados no próprio programa. Outro fator importante é que o idoso pode se sentir motivado pelo simples fato de saber que o produto final de seu trabalho será exposto ou vendido. A oportunidade de poder participar de trabalhos engajados na instituição, sendo esses com finalidade de angariar fundos ou não, dá ao idoso o sentimento do que ele pode fazer e do seu valor. Pode-se partir do uso criativo de materiais descartáveis, excedentes, doações e assim por diante.

De modo geral, podem-se utilizar as dependências das salas de estar coletivas ou o próprio quarto do idoso. Usar salas coletivas, de início, é positivo, pois estimula a participação do idoso, que, por curiosidade de verificar o que está acontecendo de diferente, acaba participando. À medida que o programa cresce, o espaço partilhado fica inadequado e começam a ser necessárias salas apropriadas, principalmente no caso dos pacientes com demência, que têm uma alteração de concentração e precisam de um espaço mais reservado. Outro fator é o número de idosos que participam da atividade. De início, esse número é pequeno, mas, à medida que vai crescendo, outros locais precisam ser escolhidos.

Essas considerações justificam a importância de um trabalho de sensibilização dos dirigentes e funcionários. Se todos estiverem cientes do porquê das atividades e dos benefícios que elas promovem para a saúde do idoso, haverá mais colaboração. Esses tipos de programação irão alterar a dinâmica da instituição. Antes o ambiente era tranqüilo, quieto e não havia mudanças na rotina. A preocupação básica era manter os cuidados de higiene e alimentação. Com a entrada de técnicos que estimulem a atividade e a par-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ticipação dos idosos, é fundamental o auxílio dos voluntários e da equipe de enfermagem na locomoção dos pacientes para os locais apropriados, pois muitos deles precisam de ajuda para vencer as barreiras arquitetônicas.

Pensando um pouco além, após essas etapas de implantação do programa de atividades, sensibilização da instituição, treinamento de pessoal e execução das atividades na prática, o técnico necessita ampliar o seu trabalho para centros comunitários, centros de convivência e trabalhar junto aos familiares, promovendo a integração do idoso na comunidade, que também deve participar do programa. O objetivo principal do trabalho não pode ser manter o idoso feliz, mas fechado dentro da instituição. Ao propiciar outros níveis de participação, propicia-se melhora na sua qualidade de vida.

Intervenção do Terapeuta Ocupacional em Idosos Demenciados

Um problema crucial para todo profissional que atende ao portador de demência é a constante pergunta: "O que posso fazer com ele, além de ajudá-lo nas atividades de autocuidado?"

Ajudar o paciente nas atividades da vida diária pode consumir tempo, mas restarão muitas horas desocupadas durante o dia. No estágio inicial da doença, um paciente demenciado pode normalmente continuar a realizar muitas das atividades de que sempre participou e desfrutá-las. Embora possa ter de abandonar seu emprego, parar de dirigir e deixar suas finanças para outrem administrar, o paciente ainda pode participar de muitas atividades de lazer e sociais. Ele continua a ser capaz de desempenhar atividades para e por si mesmo.

À medida que a doença progride, o idoso torna-se mais prejudicado, perde a capacidade criativa de planejar atividades por si mesmo, bem como a capacidade de desempenhar com sucesso atividades sem assistência. Nesse estágio, ele precisa que lhe sejam atribuídas tarefas e precisa ser ajudado a fazê-las.

Envolver um paciente portador de demência em atividades de lazer e ocupacionais dará a ele senso de utilidade, realização e prazer. Embora não haja evidências de que a atividade possa deter ou inverter a progressão da doença, ela parece realmente ajudar os pacientes a utilizar suas capacidades remanescentes e mantê-los melhor orientados em seu ambiente.

Em função dessas dificuldades, as atividades apropriadas para esses pacientes quase sempre envolvem o profissional, ainda que seja para orientação do cuidador principal.

Diretrizes de atividades que podem ser utilizadas para se planejar com eficiência os cuidados a serem dispensados ao paciente incluem:

- planejar um horário fixo para as atividades, tanto para as Atividades de Vida Diária como as ocupacionais;
- ter uma rotina regular, com um número limitado de atividades;
- selecionar atividades das capacidades e conhecimento remanescentes, que o paciente sempre fazia e de que gostava;
- adaptar ou simplificar essas atividades de forma que o paciente possa continuar a desempenhá-las;
- favorecer, através de atividades simples e repetitivas, a estimulação cognitiva e sensorial, dando oportunidade para auto-expressão;
- evitar aquelas que requeiram fazer escolha, tomar decisões, aprender novas habilidades e que despendam um período de tempo muito longo, devendo ser empregadas aquelas que permitam orientar o paciente em seu ambiente;
- dirigir, se necessário, o paciente em todas as etapas, passo a passo, dependendo do estágio da doença (orientação verbal, imitação, quando a compreensão está prejudicada, fazer a tarefa junto na fase intermediária);
- evitar discutir ou tentar persuadir o paciente se esse apresentar resistência em fazer uma atividade. Esquecer a idéia e tentar quinze minutos depois, quando o paciente poderá estar mais receptivo;
- encerrar as atividades quando o paciente ficar aborrecido ou inquieto. Não insista, pois ele pode não estar engajado e apreciando a atividade;
- usar a criatividade e não ter medo de experimentar novas coisas. Algumas idéias funcionarão, outras não. Algumas vezes, o paciente apreciará uma atividade em um dia e dela se desinteressará no próximo.

Tomando esses cuidados, podemos dar exemplo de algumas atividades:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- jardinagem, cozinha, limpeza da casa, lavagem de roupa, que estimulam sensorialmente;
- reminiscência, fazendo uso de fotos antigas, revistas, música, dança;
- cuidados com animais, caso o paciente tenha tido esse hábito antes da doença;
- jogos e atividades físicas;
- atividades que incentivem a auto-expressão, pois, com a progressão da doença, o paciente é afetado na sua capacidade de comunicação verbal.
- atividades grupais, usando-se técnicas de terapia de orientação para realidade, reminiscência, validação e estimulação cognitiva, descritas detalhadamente na literatura.

Outro fator que dificulta o trabalho com o paciente, além do declínio intelectual e físico, é o aparecimento de transtornos comportamentais, descritos como comportamentos disruptivos (perambulação noturna, agitação, agressividade, comportamento social inadequado e assim por diante), que ocorrem geralmente no segundo estágio da demência, cerca de dois a oito anos após o início dos sintomas. O paciente tem importante declínio cognitivo e prejuízo de senso/percepção.

Possíveis explicações para a agitação do idoso incluem desorientação (*sundowing*), *delirium* por medicações, depressão e um relacionamento problemático com o cuidador.

Como não existe um tratamento farmacológico ideal nos casos dos distúrbios de comportamento; abordagens psicossociais e comportamentais são importantes, aliadas à terapia medicamentosa, ao se lidar com essa problemática.

Finalizando, é fundamental que se avalie periodicamente aspectos de memória, atenção, orientação, julgamento e resolução nas atividades da vida diária, para melhor adaptar as atividades à evolução da doença.

Atendimento Domiciliário

O atendimento domiciliário ou *home care* é uma prática que vem se destacando na área da saúde como uma alternativa importante e eficaz no atendimento a pacientes dependentes e seus familiares, tanto do ponto de vista assistencial como econômico.

A vantagem de realizar o processo de avaliação e o de reabilitação no domicílio é que, na moradia do paciente, o terapeuta ocupacional pode observar a influência do ambiente no desempenho das tarefas do dia-a-dia. Nesse contexto, cabe ao terapeuta ocupacional avaliar as capacidades remanescentes do indivíduo e desenvolver meios para que se adquira o maior nível de independência possível nas atividades de desempenho ocupacional.

Em função das características do paciente atendido no sistema de *home care*, além de trabalhar a independência nas tarefas do dia-a-dia, a terapia ocupacional no domicílio assegura ao paciente com incapacidades físicas, cognitivas ou afetivas a oportunidade de realizar estas tarefas de forma segura, eficiente e adequada.

Como foi mencionado, é vantagem poder observar a influência do ambiente no desempenho das tarefas do dia-a-dia do paciente ao realizar a avaliação e o tratamento no seu domicílio. É importante ressaltar que considera-se ambiente não só os aspectos físicos, mas também as relações interpessoais, o que amplia o conceito. Os objetivos da terapia devem ser adaptados às necessidades do paciente e de sua família, além de haver o consentimento de ambas as partes.

Atuar no domicílio do paciente requer do terapeuta ocupacional o desenvolvimento de uma visão holística em relação a sua prática, que o permita assistir o paciente de forma satisfatória. Por isso, é fundamental estabelecer a relação entre o paciente, a tarefa e o contexto no qual esta se realiza.

Com o intuito de nortear a prática, o terapeuta ocupacional deve fazer uso de instrumentos de avaliação e mensuração de resultados que possam gerar dados claros, objetivos e fidedignos. Essas informações não serão apenas úteis e importantes para orientar o trabalho do terapeuta ocupacional, mas também para os empregadores desse tipo de serviço, para a equipe multidisciplinar e para os pacientes.

Para tal, é preciso que o terapeuta desenvolva técnicas de avaliação no domicílio que detectem as necessidades específicas do paciente e de seu cuidador e orientem a intervenção do profissional.

Desenvolver uma visão holística em relação a sua prática significa também saber aplicar de forma geral todo conhecimento específico adquirido durante a formação acadêmica, podendo assim orientar familiares e pacientes de forma a solucionar dificuldades encontradas no dia-a-dia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Além de desenvolver seu trabalho específico, o terapeuta ocupacional precisa identificar seu papel dentro de uma equipe interdisciplinar e atuar em parceria com os demais membros da equipe. Pelo fato de abranger diferentes áreas, a reabilitação acaba por configurar-se como trabalho multidisciplinar.

Dessa forma, é importante a colaboração entre os diferentes profissionais que atuam no domicílio do paciente para se obter resultados com o tratamento. Uma colaboração efetiva requer conhecimento mútuo entre os membros da equipe e a disponibilidade para tal.

Conclusão

Por muito tempo, o papel do terapeuta ocupacional foi associado ao de um profissional da área de saúde que se valia do uso de atividades selecionadas como uma forma de recurso terapêutico. O desenvolvimento de atividades era o escopo do trabalho e continua sendo para muitos profissionais.

Com o amadurecimento da profissão e, principalmente, o desenvolvimento dos modelos ecológicos de terapia ocupacional, nos quais se centra o trabalho nas necessidades dos clientes, levando-se em consideração as características do contexto no qual eles estão inseridos, ampliou-se o conceito do trabalho com atividades para a análise e desenvolvimento da ocupação humana.

Ocupação refere-se a um grupo de atividades e tarefas do dia-a-dia que caracterizam, organizam e dão valor e significado ao indivíduo e a sua cultura. São todas tarefas que as pessoas abraçam para se ocupar, se cuidar, se divertir (lazer) e contribuir social e economicamente para sua sociedade, isto é, apresentar produtividade.

Segundo esse modelo, em primeiro lugar é necessário identificar as potencialidades do indivíduo e as barreiras que o impedem de desenvolver uma certa habilidade, traçando-se uma linha de tratamento que vise a melhorar essas habilidades e capacidades da pessoa.

O segundo passo é analisar o contexto, modificando o necessário de modo a estimular as potencialidades e habilidades do indivíduo.

Em terceiro lugar, é necessário adaptar as características do contexto às demandas das tarefas, criando um suporte para o desenvolvimento de habilidades.

Em seguida, é necessário prevenir o aparecimento de resultados negativos em relação à interação do indivíduo com as características do seu contexto, mais as demandas do meio.

O último passo é criar situações nas quais o indivíduo possa se desenvolver cada vez mais, crescer, promovendo maior adaptação ao meio e possibilitando a ele a vivência de novas experiências.

Assim, para o terapeuta ocupacional, um prejuízo físico, mental, emocional, social ou econômico não seria empecilho para que a pessoa pudesse desenvolver uma vida significativa e com satisfação. O papel do terapeuta ocupacional é justamente oferecer à pessoa meios de atuar de maneira autônoma e independente.

Na abordagem com idosos, o terapeuta ocupacional necessita complementar sua formação a partir do desenvolvimento de uma visão gerontológica. Compreender os aspectos físicos, sociais, culturais e econômicos relacionados ao envelhecimento ajuda o profissional a intervir efetivamente, buscando alternativas de tratamento que auxiliem o idoso a viver de maneira autônoma seu processo de envelhecimento.

Bibliografia

1. Almeida MHM, Tamai SAB. Doenças Cardiocirculatórias no idoso. Impacto sobre as AVDs. Consenso de Gerontologia sobre Doenças Cardiocirculatórias. II Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia da Seção São Paulo; 2001.
2. Angerami-Camon AV, Chiattone HBC, Nicoletti EA. O doente, a psicologia e o hospital. São Paulo: Pioneira; 1992.
3. Barreto KML, Tirado MGA. Terapia Ocupacional. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni MG, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Duarte. YAO, Diogo. MJDE. Atendimento Domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Dunn W, Brown C, McGuigan A. The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. Am J Occup Therap; 1994; 48: 7.
6. Ferrari M.A . Instituições que abrigam idosos. Propostas de padrões mínimos para seu funcionamento. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo; 1991; 2 (2): 86.
7. Harriz MD, Krimker R. The Occupational Therapist as a member of the home healthcare team. Home Healt Nurse; 1997; 15 (9): 606.
8. Higgins CA. Outcome Measurement in Home Health. Am J Occup Thera; 1997; 51 (6): 458.
9. Kielhofner G. Burke J.P. A model of human occupation: Part 1. Am J Occup Therap; 1980; 34: 572.
10. Holden. U, Wood. R. Positive approach to dementia care. UK: Livingstone; 1995.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

11. Kielhofner G. Burke J.P. Occupational therapy after 60 years: an account of changing identify and knowledge. Am J OccupTherap; 1977; 31: 657.
12. Lindstrom-Hazel D, Bush MA. What can be done about home health fieldwork? Am J Occup Therap; 1997; 51 (6): 464.
13. McCormack.GL. The role of occupational therepy in home care. Home Care Provid; 1997; 2 (1): 19.
14. McGuire MJ. Documenting progress in home care. Am J Occup Therap; 1997; 51 (6): 436.
15. Motta MP, Ferrari MAC. Intervenção terapêutico-ocupacional junto à indivíduos com comprometimento no processo de envelhecimento. In: De Carlo MMRP, Luzo MAM. Terapia ocupacional. Reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004.
16. Pedretti LW, Early MB. Occupational therapy. Practice skills for physical dysfunction. Missouri: Mosby; 2001.
17. Polatajko HJ. Dreams, dilemmas, and decisions for occupational therapy. Practice in a new millennium: A canadian perspective. Am J Occup Therap; 1994; 40 (7).
18. Rogers JC, Holm MB, Stone RG. Evaluation of daily living tasks: the home care advantage. Am J Occup Therap; 1997; 51 (6): 410.
19. Stokes G, Goudie F. Working with dementia. UK: Wilson Press; 1990.
20. Tamai SAB. Atividade de terapia ocupacional. In: Jacob-Filho W. Prática a caminho da senecultura. Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2003.
21. Tamai SAB. Enfoqueterapia. Intervenção não medicamentosa nos quadros de demência. Consenso de Gerontologia sobre Envelhecimento Cerebral. I Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia da Seção São Paulo; 1998.
22. Touchard BM, Berthelot K. Collaborative home practice: nursing and occupational therapy ensure appropriate medication administration. Home Health Nurse; 1999; 17(1): 45.
23. Willard S, Spackman T. Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

44 Fisioterapia Motora em Pacientes Idosos

Denise Rodrigues Yuaso
Gisele de Cássia Gomes

Introdução

O processo normal do envelhecimento, como já foi amplamente relatado em outros capítulos, se caracteriza pela diminuição da capacidade funcional dos diversos órgãos e tecidos, o que acarreta um risco aumentado de doenças, em maioria crônico-degenerativas, que se tornam cada vez mais prevalentes nos países em desenvolvimento. São afecções que não têm diagnóstico rápido e que consomem grande quantidade de recursos materiais e de profissionais especializados.

A diminuição da capacidade funcional com o avançar da idade carrega consigo um largo espectro de possibilidades, de tênues limitações até a total dependência. Esse conceito é de grande importância, pois o pilar de sustentação da atenção de saúde na velhice não é somente a identificação de doenças, mas também a avaliação das incapacidades funcionais e suas causas, as quais nem sempre estão linearmente relacionadas às doenças presentes. Esse quadro de perda de função, sem intervenções adequadas e em tempo hábil, pode gerar limitações em efeito cascata, levando à perda da independência, da autonomia e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Geralmente, o aumento de incapacidades, entre elas as motoras, é causa de institucionalização precoce de idosos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o ano de 2002 desenvolve uma política de saúde que preconiza o chamado envelhecimento ativo: caracteriza-se pela participação social efetiva da pessoa que envelhece, no sentido de ampliar seu poder decisório, sua contribuição econômica ativa e auto-sustentada, sua integração com as diferentes faixas etárias e a apropriação de um desenvolvimento que eles mesmos ajudam a construir.

Dentro desse contexto, a promoção e a atenção à saúde do idoso englobam medidas preventivas, restauradoras e reabilitadoras, visando a preservar, manter, desenvolver ou restaurar funções — quer sejam distúrbios motores, sensoriais, cognitivos, psíquicos, sociais ou variáveis múltiplas associadas — com o intuito de proporcionar a manutenção de uma vida independente, autônoma, participativa e atuante, ou seja, com mais qualidade.

Idosos vivendo na comunidade requerem formas especiais de atenção à saúde, que permitam a detecção de doenças em estágios iniciais, assim como o acompanhamento regular. Ambos ainda seriam insuficientes para retardar o processo de deterioração e perda das capacidades funcionais, mas aumentariam as chances de uma velhice ativa por um período mais longo.

A fisioterapia, cujo objetivo de estudo é principalmente o movimento humano, colabora lançando mão de conhecimentos e recursos fisioterapêuticos com o intuito de facilitar a compreensão dos fatores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de vida e bem estar nos idosos e, principalmente, de restaurar ou manter o mais alto nível de funcionamento da função motora possível e a independência física.

Neste capítulo, iremos abordar os aspectos preventivos da fisioterapia nos idosos diante das alterações fisiológicas do envelhecimento. Daremos ênfase às ações de aprimoramento da função motora daqueles de idade mais avançada sem comprometimentos graves ou que já apresentam algum processo degenerativo em fase inicial e intermediária e que possam se beneficiar com o tratamento pela cinesioterapia. Abordaremos, também, as principais causas de incapacidades nos idosos, as atuações fisioterapêuticas apropriadas e a atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos.

Aspectos Preventivos

No que se refere a prevenção gerontológica, para que possamos prolongar a vida com saúde, isto é, com qualidade, devemos ter como objetivos: promover fatores que possibilitem o retardo dos declínios decorrentes do envelhecimento, evitar fatores que estimulem o envelhecimento prematuro ou patológico e reduzir ao máximo as situações que geram perda da capacidade de independência e da autonomia do idoso.

Como conseqüência do envelhecimento, podemos observar diversas alterações no organismo. Após os 30 anos, começa declínio das variáveis fisiológicas, como diminuição da velocidade de condução nervosa, alterações cardiovasculares e pulmonares, diminuição da capacidade aeróbica, diminuição das massas óssea e muscular, aumento de níveis de gordura, alterações na marcha e no equilíbrio, entre outras.

Envelhecimento e Sarcopenia

Dentre as várias alterações fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento normal ou senescência, a sarcopenia é definida como a perda de massa e de força musculares relacionada com a idade. O processo de sarcopenia vem tornando-se conhecido como causa de grande morbidade e disfunção na população idosa, aumentando os riscos de quedas e fraturas, dificultando as atividades de vida diária e reduzindo a qualidade de vida.

Podemos observar uma redução de 40% a 50% na massa muscular entre os 25 e 80 anos. A diminuição da massa e da força musculares é causada principalmente pela redução do tamanho e do número total de fibras musculares, principalmente das fibras do tipo 2 (FT2, de contração rápida, relacionadas à força) e menos das fibras do tipo 1 (FT1, de contração lenta, relacionadas à resistência), determinando a redução total do volume muscular.

Vários estudos indicam que nos músculos de idosos a capacidade regenerativa das células satélites é menos eficiente do que nos dos jovens; que a musculatura distal dos membros é mais acometida que as proximais pela denervação; que as fibras grandes de contração rápida são mais susceptíveis à lesão que as fibras pequenas de contração lenta e que, quando denervadas, as fibras de contração rápida reinervam com menos freqüência e com menos eficiência que as de contração lenta; e que, após denervação, algumas fibras de contração rápida continuam denervadas e outras sofrem reinervação por brotamento axonal das fibras de contração lenta. A tensão de contração das unidades motoras também se mostra aumentada nos indivíduos idosos quando comparada à dos mais jovens. Esses achados são justificados pela falta de sincronização entre unidades motoras durante o recrutamento para execução de uma tarefa nos indivíduos mais idosos, o que demonstra irregularidade na taxa de disparos das unidades motoras.

O treinamento físico pode melhorar o desempenho muscular de indivíduos idosos, assim como ocorre nos jovens. Tem sido recomendado que o treinamento deve ter início, como módulo preventivo, ao menos próximo aos 50 anos, pois, a partir de então, se torna acelerado o processo de perda muscular e de motoneurônios alfa.

A maior compreensão das modificações musculares associadas à sarcopenia deverá possibilitar o desenvolvimento de intervenções que tornem mais lento esse declínio gradual da função do sistema musculo-esquelético.

A indicação do tipo de treinamento a ser instituído parece apontar para os protocolos de força em lugar dos de resistência, ou *endurance* (aeróbio), ou para a associação desses protocolos. A intensidade e a duração do treinamento são variáveis. Pesquisas demonstram alto índice de resposta do sistema músculo-esquelético e dos sistemas nervoso central e periférico dos indivíduos idosos frente ao exercício físico, sendo que os protocolos de alta intensidade foram mais efetivos quando comparados com os protocolos de baixa duração e intensidade. O tipo de contração

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a ser utilizado durante o treinamento não parece ser fator limitador do ganho de força e do trofismo, embora a atividade excêntrica, isolada ou combinada, pareça contemplar mais os objetivos terapêuticos.

O aumento da força e da massa muscular com programas duradouros de exercícios físicos de resistência, instituídos ao longo do processo de envelhecimento, poderá prevenir disfunções físicas e ser uma estratégia realista para a manutenção do estado funcional e da independência física do idoso, mesmo em nonagenários.

Apesar de todos os benefícios comprovadamente resultados do exercício físico, a sua prescrição, principalmente para indivíduos idosos, deve considerar o condicionamento inicial, a aptidão física e o tipo de atividade que costumava exercer, bem como doenças prévias. Isso será útil para que o melhor tipo de atividade e também o melhor nível de intensidade, duração e freqüência dessa atividade possam ser introduzidos de modo a se alcançar os objetivos de condicionamento e melhora geral do funcionamento do organismo.

Avaliação Fisioterapêutica

A avaliação fisioterapêutica do idoso tem início nos dados pessoais do paciente, entre os quais destacam-se a ocupação anterior, dado que existem atividades que podem levar a condições mórbidas crônicas, e a identificação do acompanhante ou do cuidador, para que se obtenha mais esclarecimentos sobre o paciente. No que diz respeito ao histórico, a partir do diagnóstico clínico é estabelecido o nexo entre a doença apresentada e a incapacidade existente, além de serem investigadas a queixa e a duração da incapacidade, se houver. No caso de o idoso ter sido encaminhado ao exame apenas para acompanhamento preventivo, avalia-se a possibilidade de haver algum prejuízo próprio do processo do envelhecimento que cause desconforto ou restrição de atividades.

Pergunta-se a respeito de quedas — se já caiu, por que, em que situações e quantas vezes. É interessante observar a apresentação do paciente, se ele deambula sozinho, com auxílio de bengala, muleta, andador ou em cadeira de rodas. No exame físico, avalia-se força muscular, trofismo, amplitude de movimento articular (ADM), padrão respiratório, presença ou não de deformidades, alteração de sensibilidade (tátil, térmica e dolorosa), postura (tanto estática como dinâmica). Na marcha, são verificadas todas as fases (contato inicial, apoio do pé, impulso e balanço), a coordenação e o equilíbrio postural, a capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Tudo isso com o objetivo de estabelecer uma diretriz no tratamento a ser realizado.

Para avaliar a capacidade física do idoso, é necessário o registro das tarefas que o paciente pode realizar de forma independente, com facilidade e segurança, bem como, daquelas que requerem ajuda ou supervisão.

A avaliação da escala de Katz[14] abrange somente as atividades básicas de vida diária, refletindo apenas a capacidade ou a incapacidade no autocuidado básico. É mais utilizada com pacientes acamados em hospitais, residentes em instituições de longa permanência ou idosos da comunidade que apresentem certo grau de dependência.

A escala de Lawton[16] reflete o nível de capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiente habitual para execução de atividades rotineiras do dia-a-dia. Ela avalia se o idoso pode ou não continuar morando sozinho e é utilizada para pacientes em acompanhamento ambulatorial.

A avaliação funcional realizada de forma sistematizada tem como objetivo identificar o grau de disfunção, estimar a necessidade de cuidado, acompanhar e documentar mudanças no desempenho pessoal nas AVD ao longo do tempo e monitorar o progresso do tratamento, além de colaborar com a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e entre os familiares e também comparar dados de diferentes populações em publicações científicas.

Com a utilização de questionários simples como estes, pode-se obter uma avaliação imediata quanto à capacidade funcional do indivíduo. A partir deles é possível aumentar a efetividade das terapias propostas — isso por meio da prescrição complementar de cuidados especiais necessários para suprir as deficiências funcionais e prevenir possíveis complicações que advenham de uma dependência existente ou não satisfeita adequadamente.

Existem hoje protocolos de avaliação específicos para determinadas características de função motora, como, por exemplo, testes de função motora, marcha e equilíbrio, agilidade, flexibilidade e atividades funcionais do cotidiano denominados avaliações funcionais, que ajudam a avaliar de maneira objetiva determinadas tarefas e itens da avaliação fisioterapêutica. Esses

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

testes podem ser importantes na realização de pesquisas ou na projeção mais objetiva dos resultados de um plano de tratamento. São estudados e amplamente experimentados em pesquisas, muitos deles já foram adaptados para a população brasileira e bastante divulgados. Conforme o acometimento, eles podem servir como parâmetros muito positivos de avaliação de desempenho. Para o escopo do presente capítulo, entretanto, será enfatizada a avaliação clássica que deve ser utilizada por todo profissional fisioterapeuta (ficha de avaliação fisioterapêutica — Anexo 44.1).

A programação do tratamento fisioterápico será elaborada de acordo com as informações obtidas na avaliação e englobará técnicas e recursos fisioterapêuticos conforme necessidade e desejo de cada indivíduo e seus familiares, dentro, logicamente, das possibilidades que o quadro requeira. A determinação de metas realistas estabelecidas em conjunto com a equipe, o indivíduo e seus familiares dentro tempo possível é uma atitude que amplia as possibilidades de sucesso do vínculo terapêutico sem criar falsas expectativas.

Anexo 44.1
Avaliação Fisioterápica

1. Dados Pessoais

Nome do paciente: _____

Registro hospitalar: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Ocupação anterior: _____

Endereço: _____

Nome do acompanhante: _____

Data da admissão: _____

2. Histórico

Diagnóstico clínico: _____

Diagnóstico da incapacidade: _____

Queixa e duração: _____

Anamnese: _____

História de quedas: _____

3. Exame Físico

Apresentação do paciente: _____

Força muscular e trofismo: _____

Tônus muscular: _____

Amplitude de movimento (ADM): _____

Padrão respiratório: _____

Presença de deformidades: _____

Alteração da sensibilidade: _____

Avaliação da postura e marcha: _____

Avaliação das ABVD e AIVD: _____

4. Tratamento

_____

_____

_____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Atuações Fisioterapêuticas nas Principais Causas de Incapacidade no Idoso

Incontinência Urinária

A incontinência urinária (IU) é definida como a perda de urina em quantidade ou freqüência suficiente para causar um problema social ou de higiene. Sua prevalência aumenta com a idade e é maior entre as mulheres do que entre os homens. Afeta 30% dos indivíduos idosos que vivem na comunidade e 50% ou mais dos idosos institucionalizados.

A continência, em qualquer idade, depende não só da integridade anatômica do trato urinário inferior e dos mecanismos fisiológicos envolvidos na estocagem e na eliminação da urina, como também da função cognitiva, da mobilidade, da destreza manual e da motivação em ir ao toalete.

A IU pode ser classificada em: transitória ou reversível e estabelecida. A incontinência urinária transitória (IUT), como o próprio nome indica, apresenta-se por um período curto; seu início é abrupto, geralmente associado a condições clínicas agudas ou mesmo ao uso de drogas. As principais causas de IUT são: *delirium,* infecções do trato urinário, uretrite e vaginites atróficas, restrição da mobilidade, aumento do débito urinário, medicamentos, impactação fecal, distúrbios psíquicos — também chamadas DIURAMID, como forma de memorização pelas iniciais das causas. A incontinência urinária estabelecida (IUE) refere-se à perda de urina não relacionada a problemas agudos e que persiste ao longo do tempo. Pode ter como causas a hiper ou a hipoatividade do detrusor, por flacidez da musculatura pélvica, por alterações da pressão uretral, por obstrução da via de saída ou por distúrbios funcionais. Esse tipo de incontinência é classificado segundo a sintomatologia clínica como: urgência, esforço, transbordamento, funcional e misto.

Um conceito importante da geriatria e, principalmente, das Grandes Síndromes Geriátricas é o de que o objetivo do tratamento pode não ser o de curar uma patologia, mas sim amenizá-la, prevenir suas complicações e, conseqüentemente, fornecer conforto e aumento da qualidade de vida do idoso.

Avaliação do Assoalho Pélvico

A avaliação do assoalho pélvico reveste-se da importância clínica no tratamento conservador da incontinência urinária por facilitar o manejo terapêutico, uma vez que proporciona a noção da capacidade de contração da musculatura do assoalho pélvico e a manutenção dessa contração na vigência do exercício físico.

Conscientização Corporal

Provavelmente, a parte mais importante e também mais delicada de toda a avaliação fisioterapêutica é a conscientização da região pélvica e perineal dos pacientes incontinentes. Considerando que aproximadamente 37% das mulheres não têm consciência corporal de sua região pélvica e não conseguem contrair seus músculos perineais quando solicitado em uma primeira vez, cabe ao fisioterapeuta despertar a propriocepção dessa região.

É necessário iniciar com uma explicação do que são e para que servem os músculos perineais. A visualização desses músculos do assoalho pélvico por meio de desenhos e, posteriormente, com ajuda de um espelho, permite que a paciente identifique os próprios músculos.

A autopalpação funciona como um *feedback* para a paciente, pois proporciona autoconhecimento, ajuda a entender a atividade dos músculos do assoalho pélvico e a correta maneira de contraí-los, e permite monitorar o progresso do tratamento.

Treinamento Vesical

O treinamento vesical é uma modalidade terapêutica que visa a aumentar os intervalos entre as micções, restabelecer um padrão normal e aumentar a capacidade vesical. Essa abordagem pode ser aplicada de diferentes maneiras:

- pede-se ao paciente que ele tente postergar ao máximo a micção;
- são estabelecidos horários de micção com intervalos, como um diário miccional, que aumentam gradativamente de 15 em 15 minutos até o intervalo de três ou quatro horas.

É importante salientar que para planejar o treinamento vesical para uma paciente deve-se considerar seu estilo de vida: horários, condição clínica, dieta, atividade física, uso de medicamentos (diuréticos e anti-hipertensivos). Dessa maneira será mais fácil a adaptação do paciente à técnica empregada.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Diário Miccional

É uma tabela simples na qual o paciente anota o número de micções diurnas e noturnas e o número de perdas urinárias. Este simples procedimento oferece *feedback* ao paciente, pois permite a ele observar a sua evolução constatando a diminuição das perdas, e ao fisioterapeuta, servindo como método de avaliação da eficácia da conduta empregada.

Cinesioterapia do Assoalho Pélvico

A cinesioterapia do assoalho pélvico baseia-se no princípio de que contrações voluntárias repetidas aumentam a força muscular e, conseqüentemente, a continência pela ativação da atividade do esfíncter uretral e pela promoção de um melhor suporte do colo vesical, estimulando contrações reflexas desses músculos durante as AVD que geram estresse.

O ganho de força muscular somente é obtido pela combinação do recrutamento de grande número de unidades motoras, freqüências pequenas de exercícios e contrações progressivamente mais fortes — poucas repetições diárias, com aumento gradativo da intensidade e do tempo de contração.

Esse tipo de intervenção não possui contra-indicações e pode ser realizado individualmente ou em grupo.

Exercícios Resistidos com Cones Vaginais

Plevnik[30], em 1985, descreveu o método de avaliação e de fortalecimento resistido e progressivo para os músculos do assoalho pélvico propondo o uso dos cones vaginais.

Visando a tratar pacientes com incontinência urinária de esforço e aumentar o recrutamento de fibras musculares dos tipos I e 2, Haddad[12], em sua tese de doutorado, descreveu essa modalidade terapêutica em duas fases: passiva e ativa.

- *Fase passiva:* não há contração voluntária do assoalho pélvico. A paciente introduz o cone de maior peso que consegue manter com certo conforto na vagina e deambula por dez a 15 minutos, duas vezes ao dia, enquanto realiza suas AVDs (anda, sobe escadas, manuseia água). Nesta fase, há maior recrutamento das fibras musculares do tipo I, pois o cone estimula contrações musculares por tempo prolongado.
- *Fase ativa:* a paciente deve iniciar com o cone mais pesado que conseguir manter na vagina, em posição ortostática, com contração do assoalho pélvico, ou seja, a paciente precisa fazer um certo esforço na tentativa de não deixar o cone cair. Após ter selecionado o cone a ser usado, a paciente deve realizar 30 contrações voluntárias, sendo a razão contração/repouso de 5:5 (em segundos), duas vezes ao dia. Há maior recrutamento de fibras musculares do tipo II.

Essa modalidade terapêutica deve ser realizada duas vezes por semana com supervisão do fisioterapeuta, que orientará as sessões domiciliárias.

- Indicações:
  - incontinência urinária de esforço e de urgência;
  - fraqueza do assoalho pélvico;
  - pós-parto;
  - disfunção sexual;
  - pouca propriocepção pélvica;
  - suplementação à cirurgia e como profilaxia de distopias genitais por debilidade do assoalho pélvico.
- Contra-indicações:
  - paciente com infecção no trato urogenital;
  - paciente com deficiência cognitiva;
  - paciente em período menstrual;
  - paciente com retenção/obstrução urinária.

Instabilidade Postural e Quedas

As quedas nos idosos constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade, pois, com freqüência, após uma queda o idoso pode sofrer desde uma pequena lesão até a perda significativa da independência funcional e mesmo a morte.

O motivo pelo qual a queda se transforma em um importante risco de saúde nos indivíduos idosos é conseqüência da interação complexa e pouco compreendida de fatores biomédicos, fisiológicos, psicossociais e ambientais.

Na realidade, a freqüência de quedas em pessoas idosas é muito mais alta do que se imagina, uma vez que os idosos as aceitam como um acontecimento inevitável do envelhecer e normalmente não as relatam, a menos que interrogados. Cabe ao profissional da saúde questioná-los sobre esse fato, uma vez que o "cair" pode ser a manifestação de várias doenças importantes que devem ser diagnosticadas. A queda é um sintoma, não um acontecimento isolado ou

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

independente. Nesse sentido, é importante a participação de uma equipe interprofissional, pois o paciente que cai, além do exame clínico, tem necessidade de avaliação fisioterapêutica minuciosa, avaliação do ambiente domiciliário e também do seu estado psicossocial.

A morbidade mais expressiva causada por quedas inclui o período de imobilização ou hospitalização para o tratamento de fraturas e/ou outras lesões de tecidos moles. Independentemente da gravidade da lesão, as seqüelas provenientes das quedas podem ser devastadoras. Com freqüência, uma única queda resulta em medo de cair novamente, o que leva à perda da confiança na própria capacidade realizar atividades rotineiras. A restrição nas atividades leva ao isolamento social, à superproteção dos familiares e a uma dependência cada vez maior. O descondicionamento, a rigidez articular e a fraqueza muscular resultantes da diminuição das atividades podem levar a mais quedas e à restrição adicional da mobilidade. O medo de cair pode afetar mesmo aqueles com mobilidade comprometida, que não sofreram nenhuma queda, provocando seqüelas semelhantes de atividade restrita, isolamento social e dependência aumentada.

São diversos os fatores relacionados com a idade que contribuem para a instabilidade e as quedas. Muitas quedas "acidentais" são causadas por um ou pela combinação desses fatores interagindo com os perigos ambientais.

A identificação dos fatores de riscos é uma importante etapa no sentido de prevenção das quedas. Os fatores de riscos são classificados como: intrínsecos (fisiológicos e patológicos), extrínsecos (ambientais) e comportamentais.

- Fatores intrínsecos fisiológicos:
  - alterações biomecâmicas (diminuição da amplitude de movimento, fraqueza muscular);
  - alterações do controle postural;
  - alterações na marcha;
  - processamento central prejudicado, diminuição das respostas reflexas;
  - alterações sensoriais, diminuição da propriocepção e da visão.
- Fatores intrínsecos patológicos:
  - decorrentes de doenças neurológicas, osteomusculares, cardiovasculares, metabólicas, cognitivas e afetivas;
  - síncopes, hipotensão postural, vertigens;
  - efeitos colaterais da polifarmácia;
  - deformidades dos pés (hálux valgo, artelhos em garra, calosidades).
- Fatores extrínsecos — as casas das pessoas idosas geralmente são repletas de perigos ambientais. Os principais fatores extrínsecos relacionados com quedas que devem ser considerados de risco são:
  - presença de móveis instáveis;
  - escadas inclinadas e sem balaústres;
  - tapetes avulsos e carpetes mal-adaptados;
  - iluminação inadequada;
  - tacos soltos no chão;
  - pisos encerados ou escorregadios;
  - camas altas e sofás, cadeiras e vaso sanitário muito baixos;
  - prateleiras de difícil alcance;
  - presença de animais domésticos na casa;
  - uso de chinelos ou sapatos em más condições ou mal adaptados;
  - fios elétricos soltos etc.
- Fatores comportamentais:
  - incompreensão do idoso em relação ao processo de envelhecimento, ou seja, a não-aceitação de dispositivos de marcha e a manutenção de atividades realizadas na juventude que agora tornaram-se perigosas, por exemplo, subir no telhado.

Devemos ressaltar que as quedas na população geriátrica representam um problema de saúde pública com substanciais conseqüências médicas e econômicas, sendo suas causas complexas e multifatoriais. A diversidade dos fatores de risco sugere que intervenções preventivas, para serem efetivas, precisam ser abrangentes. Deve-se dar atenção especial à identificação e à redução desses fatores e também aos idosos frágeis que ainda não tenham sofrido quedas.

A Avaliação do Idoso que Cai

A avaliação abrangente do idoso que sofre quedas requer esforço de uma equipe multidisciplinar da qual o fisioterapeuta é parte integrante. O rastreamento médico para o processo de avaliação engloba:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- exame dos medicamentos antigos e atuais do paciente quanto às interações potenciais e aos efeitos colaterais (hipnóticos, sedativos, antidepressivos tricíclicos, tranqüilizantes e medicamentos anti-hipertensivos) e ao fato de o uso desses medicamentos estar associado às quedas e à instabilidade;
- identificação das condições clínicas que podem contribuir para o desequilíbrio (lesão neurológica focal, condições cardiovasculares, ortostase), de doenças que se manifestam com distúrbios do equilíbrio e das causas metabólicas da instabilidade, dentre outras.

O assistente social ou o psicólogo pode obter informações com o paciente e a família sobre recursos sociais e financeiros, a presença de depressão, a função cognitiva e a dinâmica familiar. O fisioterapeuta obtém as informações sobre os comprometimentos no sistema de controle postural e sobre o desempenho funcional que contribuem para a instabilidade do paciente. O controle bem-sucedido do idoso que sofre quedas, então, baseia-se nos estímulos originários de todas as fontes de avaliação.

Dada a natureza complexa das quedas, é necessário uma conduta sistemática para o procedimento de avaliações.

Na avaliação fisioterapêutica é preciso interrogar o paciente sobre as quedas — quantas ocorreram, em que circunstâncias, o que foi sentido antes, durante e depois, se foi possível levantar-se sozinho e quais foram as conseqüências. É necessário conhecer as condições ambientais associadas às quedas. A queda aconteceu dentro de casa (considerar fatores como iluminação, altura da cadeira, degraus) ou fora de casa (considerar superfícies desniveladas, obstáculos pelo chão)? Que tipo de calçado o idoso estava usando — chinelos podem ser extremamente instáveis e perigosos. A atividade empreendida no momento da queda pode fornecer uma visão de o quanto o sistema de controle postural estava sendo exigido. É necessário, enfim, colher o máximo de informações possíveis para, em seguida, iniciar o procedimento de diminuição dos fatores de risco e diminuir ou eliminar a possibilidade de quedas.

No exame físico, deve se dar grande importância à avaliação do sistema muscular. O teste de força muscular, o tônus e o trofismo musculares avaliados de forma manual podem não fornecer informações úteis com relação ao controle do equilíbrio, sendo necessário realizar testes isocinéticos nos grupos musculares com grandes deslocamentos e movimentos vigorosos e rápidos. A amplitude dos movimentos articulares deverá ser avaliada com a goniometria.

Para avaliar a resistência, um teste quantitativo útil aplicado em idosos frágeis é a caminhada dos seis minutos. No teste, o idoso vai e volta em um trajeto previamente estabelecido, em sua velocidade normal, por seis minutos, descansando quando necessário; depois, registra-se a distância em metros percorrida no intervalo de tempo.

A avaliação da postura, do equilíbrio e da marcha pode ser feita com vários instrumentos — *Timed get up and go*, POMA, GARS e de alcance funcional —, todos eles bem descritos na literatura.

O exame dos pés merece maior atenção. O pé é a porção na qual mais se manifesta o desgaste em função do tempo, provocado pela sobrecarga estática do suporte do peso do corpo e por sapatos muitas vezes inadequados. As deformidades mais comuns dos pés, que surgem com o envelhecimento, são: hálux rígido, hálux valgo, pé cavo, pé plano, dedo em garra, dedo em martelo, calos e unha encravada. O exame dos calçados também tem fundamental importância com relação às quedas, pois demonstra a forma de apoio dos pés, a qualidade da adaptação aos calçados e o grau de instabilidade que estes podem provocar durante a marcha (como no caso dos chinelos).

Dependendo dos dados obtidos na avaliação física, será programado o tratamento fisioterapêutico, que terá como objetivo geral restabelecer e/ou melhorar as condições físico funcionais dos idosos, utilizando técnicas fisioterápicas específicas, seja em eletrotermoterapia, cinesioterapia visando ao fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, reeducação da marcha, orientações de prevenção de novas quedas, o uso de sapatos apropriados, dispositivos de apoio para marcha (bengala, muleta, andador) e também a avaliação do ambiente domiciliário, principalmente em relação aos fatores que impeçam a mobilidade, a locomoção e a independência dentro de casa.

Para proporcionar melhor segurança ambiental, devem ser adotadas medidas dentro de casa, especialmente no banheiro, e fora de casa, que visam a reduzir a probabilidade de quedas. Assim:

- Dentro de casa:
  - deixar os caminhos livres (móveis e entulhos);
  - retirar tapetes soltos;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

  - retirar cordões e fios do assoalho;
  - prender tacos soltos e bordas soltas de carpetes;
  - não encerar pisos;
  - instalar iluminação adequada para a noite (caminho do banheiro);
  - instalar nas escadas corrimãos, boa iluminação e faixa na borda dos degraus;
  - substituir ou consertar móveis instáveis;
  - evitar cadeiras muito baixas;
  - evitar camas muito altas;
  - evitar o uso de chinelos;
  - guardar itens pessoais e objetos mais usados no nível do olhar ou um pouco mais embaixo.
- No banheiro:
  - instalar barras de apoio (na banheira, no chuveiro, no vaso sanitário);
  - instalar vaso sanitário mais alto;
  - usar capachos e tapetes antiderrapantes.
- Fora de casa:
  - consertar calçadas e degraus quebrados;
  - limpar caminhos e remover entulhos;
  - instalar corrimãos em escadas e rampas;
  - instalar iluminação adequada em calçadas, portas e escadas.

As modificações, sempre que necessárias, devem ser feitas com o consentimento do idoso, pois cada objeto da sua moradia tem um valor afetivo e a mudança desencadeia uma reorganização interna que deve ser realizada em benefício da segurança.

Modelo de Treinamento e Manutenção da Capacidade Funcional

O próprio processo de envelhecimento já é responsável pela diminuição da capacidade funcional; a manutenção da funcionalidade do idoso vai depender, principalmente, do estilo de vida adotado durante ao longo de sua vida, da herança genética e do meio ambiente. A prática regular de atividade física é um dos principais fatores que mantêm os idosos ativos e independentes.

Como sabemos, no envelhecimento a rápida deterioração, aliada ao baixo anabolismo, resulta em atrofias, advindo daí a necessidade da realização de exercícios de maneira regular e progressiva, que retardam as atrofias e as degenerações.

Os exercícios, sempre dentro de uma programação, poderão ser desenvolvidos por meio de várias técnicas cinesioterapêuticas ou diferentes formas de atividades físicas. A indicação de uma ou outra modalidade vai depender das condições físicas do próprio indivíduo e do seu grau de resistência à fadiga. É preciso ressaltar que sempre haverá uma atividade física capaz de beneficiar o paciente idoso.

Um programa destinado a idosos de qualquer faixa etária bem sucedido treinará: força, equilíbrio, coordenação motora, flexibilidade e propriocepção, reflexos posturais, atividades funcionais — aquelas que reproduzam as tarefas do cotidiano — e ainda a resistência cardiorrespiratória em apenas uma sessão terapêutica. O programa terá início em exercícios com o idoso deitado trabalhando o fortalecimento de músculos flexores, extensores, abdutores e adutores de quadril, abdominais retos e oblíquos, dorsoflexores e flexores plantares de tornozelos, agindo apenas contra a força da gravidade. Se o idoso apresentar força suficiente ou se o treinamento tiver evoluído, poderão ser usadas faixas de resistência de borracha ou mesmo tornozeleiras com cargas progressivas.

Com o idoso sentado, realizam-se movimentos de membros superiores e de tronco, com bola ou bastão, e ainda alongamentos de cadeia posterior. Pode-se melhorar a amplitude de movimento e o fortalecimento da região cervical. Trabalhar manobras de alcance nessa postura pode ser uma boa atividade de alongamento e treino funcional (Figs. 44.1 a 44.4).

Levantar-se e sentar-se na cadeira ou na cama com apoio dos membros superiores e depois sem eles são manobras de fortalecimento bem ajustadas às tarefas do cotidiano.

Em ortostatismo pode-se realizar inúmeros exercícios de força, controle postural, equilíbrio, alongamentos e coordenação motora. Trabalhar dorsoflexores (que perdem muitas fibras com o envelhecimento) e flexores plantares pode melhorar o padrão de marcha do idoso (Fig. 44.5A e B). Esses movimentos poderão ser realizados com auxílio de bola, bastão ou bandas de borracha. O alcance, também nesta posição, proporciona treino funcional e manobras de equilíbrio bastante favoráveis (Figs. 44.6A a E). Os exercícios de força podem ser realizados com auxílio de bandas elásticas de borracha e uma cadeira.

Manobras de coordenação motora e equilíbrio com apoio mínimo de bastão ou pela mão do terapeuta podem ser úteis.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 44.1 Treino de equilíbrio sentado com deslocamento lateral.



Fig. 44.2 Treino de equilíbrio sentado com deslocamento anterior.



Fig. 44.3 Dissociação de cinturas com uso de bola.

Outras manobras igualmente úteis são a rotação de tronco com bola, o agachamento e o treino de marcha tandem, que é um andar de base estreitada no qual o calcanhar do pé da frente encosta no hálux do pé de trás em movimentos alternados, resultando em uma marcha de base bem reduzida.

Em seguida, pode-se jogar com o idoso bola ou um balão de festa, o que possibilita o treinamento de reflexos, alcance e equilíbrio.

Ao final da sessão, é possível reservar 15 minutos para treino de resistência aeróbia, resfriamento com alongamentos e respiração profunda.

Uma questão confirmada pela ciência refere-se à eficácia do emprego de exercícios físicos também como um dos pilares do tratamento e do controle de quadros depressivos e demenciais em qualquer de seus graus. Certamente, tanto há benefícios imediatos advindos da melhora da circulação, da estimulação central e da produção de neurotransmissores e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

substâncias ligadas ao bem-estar, como há aqueles decorrentes dos efeitos de longo prazo que o exercício terapêutico proporciona, tais como: melhora do perfil funcional, percepção de competência motora e de auto-estima.

Por outro lado, o exercício terapêutico pode ser recomendado na prevenção de complicações secundárias no caso de idosos acamados em conseqüência de uma intervenção cirúrgica ou de enfermidades. Estes chegarão a perder grande parte dos movimentos se não forem submetidos a tratamentos profiláticos específicos para seu acometimento. O assunto será melhor abordado junto aos temas imobilidade e cuidados paliativos.



Fig. 44.4 Treino funcional.

IMOBILIDADE

Todo idoso pode passar por períodos de confinamento no leito com o objetivo de se restabelecer de acometimentos agudos, como, por exemplo, um quadro de pneumonia ou uma fratura de vértebra por achatamento, entre outros. Entretanto, quando se trata de pessoas de idade avançada, o cuidado deve ser redobrado nesses períodos no sentido de eliminar qualquer possibilidade do prolongamento do tempo de repouso além do necessário. Isso para evitar, a todo custo, os efeitos indesejáveis da imobilidade prolongada e a instauração da síndrome de imobilidade.

A imobilidade se caracteriza por uma série de efeitos deletérios que debilitam o organismo de forma global levando à incapacidade funcional geral. A interdisciplinaridade, portanto, se torna fundamental em sua abordagem e tratamento.

A compreensão das conseqüências da imobilidade associadas ao declínio das reservas fisiológicas do idoso e aos processos patológicos é de fundamental importância para os profissionais de saúde no que diz respeito à correta aplicação de ações de prevenção de complicações. Evita-se, assim, qualquer possibilidade de progressão, visto que todos os órgãos são afetados pela imobilidade.

É interessante que se tenha o entendimento de que imobilidade produz imobilidade. Assim, quanto maior o tempo de restrição de movimentos, maiores serão seus efeitos negativos. O tempo gasto para reverter um quadro de imobilidade prolongada é de duas a três vezes maior do que o tempo de sua instalação. Há, portanto, alto índice de correlação com a síndrome da fragilidade.

Na imobilidade, o indivíduo permanece restrito ao leito por tempo prolongado, superior a dez dias, sem realização de movimentos de mudança de decúbito e transferências. Já a síndrome de imobilização é o conjunto complexo de doenças, seqüelas e problemas que acometem o idoso e o levam ao confinamento no leito, por incapacidade funcional severa. Conforme a literatura, para se diagnosticar a síndrome de imobilização é necessário que o indivíduo apresente *déficit* cognitivo de grau moderado ou grave e múltiplas contraturas combinados a pelo menos duas das características a seguir: sinais de sofrimento cutâneo, disfagia leve ou grave, incontinência urinária e/ou fecal e afasia.

São várias as causas da imobilidade, de distúrbios musculoesqueléticos ou neurológicos a distúrbios cardiovasculares e respiratórios, iatrogenia medicamentosa e até mesmo alguns problemas clínicos, como: vertigens, tonturas, alterações labirínticas, alterações dos equilíbrios estático e dinâmico, alterações de marcha, deformidades nos pés (calos, cravos, *halux*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 44.5A e B Exercícios de fortalecimento de dorsoflexores e flexores plantares.



Fig. 44.6A a E Manobras de equilíbrio em ortostatismo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

valgus, onocogrifoses, úlceras plantares) e problemas do tipo inadequação ambiental, falta de auxílio para deambulação (andador, bengalas), medo de quedas, alterações biomecânicas e de comprimento de membros inferiores.

As conseqüências da imobilidade vão depender do seu tempo de curso e podem variar em grau de comprometimento. Algus aspectos mais ligados à área motora que podem ter ação do fisioterapeuta em seu tratamento são: descondicionamento cardiorrespiratório, contraturas, úlceras de decúbito, osteoporose, trombose e embolia, incontinência e retenção urinária e infecções, constipação intestinal e formação de fecalomas, atrofia muscular, alterações articulares e limitações das ADM, alteração da postura, do equilibrio e da marcha, insuficiência respiratória, pneumonia por aspiração, hipotensão ortostática e depressão.

Na intervenção fisioterapêutica específica deve-se atentar para alguns princípios básicos:

- tratar as comorbidades e acometimentos concomitantes tratáveis;
- prevenir complicações associadas à imobilidade;
- ser realista e individualizar as metas com delimitação em ordem hierárquica de prioridades na abordagem;
- enfatizar trabalhos para melhorar a independência funcional;
- motivar e apoiar psicologicamente o paciente, a família e os cuidadores.

Os procedimentos gerais a serem executados pela fisioterapia podem ser:

- aliviar dores;
- avaliar e incentivar as funções gerais, motoras, perceptuais e sensoriais;
- restaurar a independência;
- manter a ampliar a amplitude de movimentos (ADMs);
- prevenir o descondicionamento cardiorrespiratório;
- prevenção de hipotrofias e perda de força muscular;
- indicar exercícios passivos, ativos assistidos e ativos, quando possível, para todos os grandes grupos musculares;
- mudar o paciente de decúbito a cada duas horas e indicar colchão de caixa de ovo ou similares, e nunca o colchão de água;
- manter o paciente em posições funcionais;
- realizar massagens com hidratantes para tratar a pele do paciente, manter a integridade da pele;
- proteger com travesseiros e outros dispositivos as extremidades ósseas para evitar úlceras de decúbito;
- evitar posições viciosas;
- orientar familiares e cuidadores sobre a extensão do problema;
- realizar sempre que possível exercícios circulatórios;
- indicar posturas de drenagem e meias elásticas ou enfaixamento;
- inidicar exercícios respiratórios, favorecer manobras tussígenas;
- posicionar, sempre que possível, o paciente sentado ou de pé, mesmo que sustentado por ajuda humana ou por dispositivos auxiliares (travesseiros, andadores e outros);
- indicar cinesioterapia passiva, ativa assistida e ativa, quando possível;
- reeducar transferências, ortostatismo, marcha e equilíbrio;
- prescrever o correto auxílio da marcha;
- usar recursos eletrotermoterápicos para os sintomas de dor e atrofias do paciente (tens, diadinâmicas, ultra-som);
- indicar banhos de sol diários de dez a 15 minutos, no horário entre 8 e 10 da manhã, epecialmente para áreas de risco de formação de úlceras;
- vigilar continuamente áres de risco para formação de úlceras;
- preferir decúbito semilateral bem sustentado por travesseiros;
- evitar a maceração e o cisalhamento da pele.

Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são voltados para os pacientes sem possibilidade terapêutica de cura, buscando controlar ou amenizar seus sintomas e sinais físicos, psicológicos e espirituais.

A Organização Mundial de Saúde definiu os cuidados paliativos como “medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento com a identificação

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

precoce, a avaliação correta e o tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais".

Os cuidados paliativos com os idosos reforçam a necessidade da abordagem multidisciplinar ou interdisciplinar, demonstrando que nenhum profissional tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação. Isso destaca a importância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para assegurar o melhor cuidado, bem como diferentes perspectivas dos problemas do paciente ou da família.

É nesse contexto que o fisioterapeuta pode atuar complementando a abordagem paliativa a fim de obter, dentro de seu alcance profissional, o cuidado de que o paciente necessita.

Quando a doença é irreversível, o enfoque do tratamento deixa de ser curativo e o objetivo é a qualidade de vida do paciente, que pode ser alcançada por meio da identificação dos sintomas e do alívio de qualquer forma de padecimento físico, emocional e espiritual.

Controle dos Sintomas

Terapia para a Dor

O alívio da dor tem um papel de destaque nos cuidados paliativos, buscando acima de tudo o bem-estar e o conforto do paciente. O uso de eletroterapia, por meio do TENS (*transcutaneous eletrical nerve stimulation*), tem conseguido bons resultados no alívio da dor, principalmente da dor crônica[1,13,19].

A terapia manual também tem sido muito utilizada como tratamento complementar para o alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente.

Complicações Osteomioarticulares

A imobilização do sistema musculoesquelético gera alterações em todos os tipos de tecidos envolvidos — nos músculos, nas fibras de colágeno, na junção miotendinosa, nos ligamentos e no tecido conjuntivo. Os primeiros músculos a serem afetados pelo longo período de repouso são os antigravitacionais e de contração lenta, como o músculo sóleo e os eretores da coluna e da cabeça. Em seguida, são afetados os biarticulares, como o gastrocnêmio e o reto femural. Os menos afetados são os de contração rápida. As mudanças ocorrem em curto período de tempo; após uma semana de desuso já surgem alterações teciduais, como aumento das cisternas do retículo sarcoplasmático, desalinhamento de sarcômeros e diminuição dos tecidos contrácteis, resultando em fraqueza e hipotrofia.

Além das alterações musculares, ocorre aumento da fibrose em tecidos periarticulares, diminuição da massa óssea, diminuição da síntese de líquido sinovial, desorganização das fibras de colágeno, diminuição da extensibilidade dos tecidos e aumento da área de contato das fibras musculares com o colágeno do tendão, o que diminui a força.

A cinesioterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois os exercícios estarão sempre em desvantagem quando comparados aos efeitos deletérios da imobilização. Os exercícios deverão ser programados de acordo com os dados da avaliação fisioterapêutica, buscando sempre manter a amplitude dos movimentos articulares; estimular a força muscular (exercícios ativos assistidos, ativos livre ou resistidos); auxiliar no retorno venoso e prevenir complicações circulatórias (exercícios metabólicos). Deve-se atentar ainda para mudanças de decúbito e o posicionamento correto, principalmente para evitar deformidades e úlceras de decúbito.

Os exercícios de alongamento também devem ser inseridos com o intuito de facilitar o retorno dos sarcômeros e das fibras conjuntivas ao realinhamento funcional, melhorando a relação comprimento-tensão.

Problemas Pulmonares

Uma complicação freqüente em pacientes acamados é a atelectasia, que é o fechamento parcial ou total do alvéolo, resultando na diminuição da capacidade funcional residual e da respiração superficial, o que pode levar à hipoxemia e ao aumento da secreção. Ela pode ser prevenida com mudanças de decúbito, incentivo da atividade voluntária e aumento da profundidade da respiração.

A dispnéia é um sintoma comum a 45% a 70% dos pacientes com câncer avançado, sendo definida como uma sensação subjetiva e desconfortável de falta de ar quando a demanda por oxigênio é maior que o suprimento. Esse sintoma pode ser decorrente de alterações no parênquima pulmonar ou da redução da trama vascular, com aumento do espaço morto, resultantes de quimioterapia, de excesso de secreção, de descondicionamento físico etc.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os recursos fisioterapêuticos para o manejo da dispnéia são exercícios de controle respiratório — reeducação respiratória e diafragmática —, que auxiliam o paciente na sintomatologia e evitam a ansiedade; orientações sobre o gasto energético, o que diminui a demanda metabólica; relaxamento útil na diminuição da ansiedade e nos aspectos emocionais da dispnéia; e alívio da tensão muscular gerada pelo esforço respiratório. No caso de saturação para menos de 85% em ar ambiente, durante o repouso, a oxigenioterapia é indicada, incluindo recursos como ventilação não-invasiva por pressão positiva intermitente (VNPPI), pressão positiva contínua (CPAP) ou pressão positiva com níveis alternados (BiPAP).

Outra complicação pulmonar em pacientes acamados é o acúmulo de secreção pulmonar devido à diminuição da movimentação das células mucociliares e ao enfraquecimento da tosse.

A fisioterapia respiratória, conforme já descrito neste livro, atua em patologias pulmonares obstrutivas por meio de percussões, drenagem postural e manobras respiratórias, como tosse assistida e uso de instrumento de oscilação expiratória (por exemplo, o *Flutter*), que, se utilizado seqüencialmente por quatro semanas, promove diminuição da viscoelasticidade do muco.

Os pacientes acamados deverão ser orientados para permanecerem a maior parte do dia sentados ou com o tronco elevado do leito, para aumentar os volumes pulmonares e evitar o acúmulo de secreções.

A atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos, não se restringe somente aos sintomas aqui apresentados — não é objetivo do texto esgotar as possibilidades de atuação, e sim apresentar, estimular e sensibilizar os profissionais e estudantes da área com relação a essa prática multidisciplinar revolucionária, de propostas intervencionistas, que exige competência, arrojo, decisão, maturidade, capacidade de trabalhar em equipe e compromisso humanitário.

Para a prática dos cuidados paliativos prestados ao fim da vida dos pacientes idosos é necessária formação profissional específica. Todo o conteúdo teórico deve articular-se à práxis que rege a relação profissional-paciente-familiares na profundidade do seu aspecto transformador. Aí, o profissional comparece na inteireza da sua humanidade e competência, como um ser que também envelhece e é mortal[6].

Referências Bibliográfias

1. Ahmed HE et al. Percutaneous electrical nerve stimulation (PENS): a complementary therapy for the management of pain secondary to bony metastasis. Clin J Pain; 1998; 14 (4): 320-3.
2. Andrews K, Brocklehurst JC. A profile of geriatric rehabilitation units. J Royal Coll Phys London; 1985; 19: 240.
3. Blocker Jr WP. Maintaining functional independence by mobilizing the aged. Geriatrics; 1992; 47: 48.
4. Borelli A. Envelhecimento ósseo osteoporose. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 553.
5. Brocklehurst JC, Tallis C, Tallis RC, Fillit HM (eds.). Textbook of geriatrics medicine and gerontology. 4 ed. Edinburgo, Londres, Madri: Churchill-Livingstone; 1992.
6. Burlá C, Py L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: Pessini L, Bertachini L (orgs.). Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2004. p.125.
7. Christiansen C. Prevention and treatment of osteoporosis: A review of current modalities. Bone 13; 1992; (suppl 1): S 35.
8. Croarkin E. Osteopenia in the patiente with cancer. Phys Ther; 1999; 79 (2): 196-201.
9. Felsenthal G, Garrison SJ, Steinberg FU. Rehabilitation of the aging and elderly patient. Baltimore, Filadélfia: Williams & Wilkins; 1994.
10. Ferrel BR, Coyle N. Textbook of palliative nursing. Nova York: Oxford University Press; 2001.
11. Grotberg JB. Respiratory fluid mechanics and transport processes. Annu Rev Biomed Eng; 2001; 3: 421-57.
12. Haddad JM. Tratamento de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço através de cones vaginais: avaliação clínica e ultrasonográfica. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
13. Hamza MA el al. Effect of the frequency to transcutaneous electrical nerve stimulation on the postoperative opioid analgesic requirement and recovery profile. Anesthesiology; 1999; 91 (5): 1232-8.
14. Katz S, Downs TD, Cash HR et al. Index of ADL. Gerontologist;1970; 11: 20.
15. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole; 1999.
16. Lawton MP, Brody EM. Instrumental activities of daily living scalle (IADL). Gerontologist; 1969; 9: 79.
17. Maciel AC. Incontinência urinária. In: Freitas EV, Py L, Neri AL. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 635-44.
18. Marucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Rev Bras Cancerol; 2005; 51 (1): 67-77.
19. McQuay et al. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. Health Technol Assess; 1997; 1 (6): 1-135.
20. Meirelles ES. Principais artropatias e conectivopatias. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 563.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

21. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. Mundo da Saúde; 2003; 27 (1): 58-63.
22. Moreno AL (org.). Fisioterapia em uroginecologia. Barueri: Manole; 2004.
23. Nitrini R. Demências. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 103.
24. O'Donnell DE, Webb KA, McGuire MA. Older patients with COPD: benefits of exercise training. Geriatrics; 1993; 48: 59.
25. Overtall PW. Falls in the elderly: epidemiology, etiology and management. In: Isaacs B (ed.). Recent advances in geriatric medicine. Nova York: Churchill-Livingstone; 1978.
26. Papaléo Netto M, Klein EL, Brito FC. Avaliação geriátrica multidimensional. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 73.
27. Papaléo Netto M, Yuaso DR, Kitadai Ft. Longevidade: desafio no terceiro milênio. In: Pessini L, Barchifontaine CP. (orgs.). Bioética e longevidade humana. São Paulo: Edições Loyola; 2006. p. 259.
28. Pereira LSM et al. Fisioterapia. In: Freitas EV, Py L, Neri AL. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 846-56.
29. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. In: Bioética e longevidade. Pessini L, Barchifontaine CP (orgs.). São Paulo: Edições Loyola; 2006. p. 353.
30. Plevnik S. New method for testing and strengthening of pelvic floor muscles. Pgs of the 15th Annual Meeting of the International Continence Society. Londres; 1985. p. 267.
31. Shephard RJ. Exercise and aging: extending independense in older adults. Geriatrics; 1993; 48: 61.
32. Silva YB, Silva JA. Cuidados paliativos: manejo da dispnéia. Mundo da Saúde; 2003; 27 (1): 133-7.
33. Soderberg GL. Kinesiology: application to pathological motion. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
34. Steinberg FU, Dean BZ. The geriatric rehabilitation. Arch Phys Med Rehab; 1990; 71: 278.
35. Warshaw GA, Murphy JB. Rehabilitation and the age. In: Reichel W, Gallo JJ, Busby Whitehead J et al. (ed.). Care of the elderly clinical aspects of aging, 41 ed.. Baltimore, Londres: Williams & Wilkins; 1995.
36. Williams TF, Cooney Jr LM. Principles of rehabilitation in older persons. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP et al. (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontologist. Nova York, St. Louis, Londres: McGraw Hill; 1994.
37. Wolcott L E. Rehabilitation and aged In: Reichel W (ed). Clinical aspects of aging. 2 ed. Baltimore, Londres: Williams & Wilkins; 1983. p. 182.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

45 Fisioterapia Respiratória em Idosos

Claudia Adriana Sant'Anna Ferreira

Introdução

O envelhecimento causa alterações moleculares e celulares em todos os sistemas do organismo que resultam em perdas funcionais progressivas, cuja gravidade depende de vários fatores intrínsecos (constituição genética, estado nutricional e sistema imunológico) e extrínsecos, como hábito tabágico, exposição ocupacional e a poluentes.

As principais alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento no sistema respiratório são a perda das propriedades elásticas do pulmão ("enfisema senil"), a redução da complacência torácica (decorrente de cifoescoliose, artrite e artrose das articulações costo-vertebrais), a diminuição da eficiência muscular, a redução do calibre das vias aéreas e as alterações no sistema de defesa respiratório (diminuição da atividade mucociliar, atrofia das glândulas submucosas, ineficiência da tosse e menor resposta imunológica).

Todos esses fatores predispõem ao risco de infecções pulmonares e à maior incidência de fadiga e falência respiratória em idosos, além da freqüente associação com outras enfermidades de caráter crônico-degenerativo — diminuição no nível de consciência, imobilidade no leito e uso de drogas sedativas.

No panorama de envelhecimento mundial, as complicações pulmonares têm se destacado como as principais causas de morbimortalidade na população geriátrica e, dessa forma, políticas de saúde voltadas à prevenção, ao tratamento e à reabilitação são essenciais para garantir qualidade de vida a essa população.

As afecções respiratórias mais freqüentes no idoso são as doenças crônicas, dentre elas o grupo de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e asma, doença restritiva, como a fibrose pulmonar idiopática, e pneumonias.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A DPOC é uma das doenças mais freqüentes do idoso, tem evolução lenta e progressiva com alta incidência de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Inclui enfisema pulmonar, bronquite crônica e doença inflamatória das pequenas vias aéreas, sendo comum a superposição desses quadros em um mesmo paciente.

Na clínica, os pacientes apresentam dispnéia, que é o sintoma mais incapacitante, tosse com expectoração e intolerância ao exercício. Apresentam sinais de hiperinsuflação pulmonar, desconforto respiratório e, em sua evolução, alterações importantes na troca gasosa com hipoxemia e hipercapnia.

Asma do Idoso

A asma do idoso tem as mesmas características da usual, exceto pela menor prevalência de processos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

alérgicos. Os principais desencadeadores nesse grupo etário são as viroses respiratórias, agentes irritantes e medicamentos prescritos para doenças concomitantes. Estima-se uma prevalência de asma de 3% a 17% no mundo e, no Brasil, há dados de um estudo realizado no Rio Grande do Sul que mostrou que 13% dos asmáticos tiveram manifestação sintomática após os 60 anos.

Fibrose Pulmonar Idiopática

A fibrose pulmonar é uma doença com maior freqüência na quinta e sexta década de vida e se caracteriza pela fibrose das paredes alveolares, geralmente desencadeada por processos inflamatórios crônicos. A fibrose dificulta a difusão dos gases, sendo as principais conseqüência quadros de hipoxemia seguidos de hipertensão pulmonar, corpulmonale e morte.

Pneumonia

É uma reação inflamatória do parênquima pulmonar decorrente de uma agressão por microrganismos, isto é, bactérias, fungos e vírus. A população idosa é mais propensa a desenvolver pneumonia, por vários fatores como redução dos mecanismos de defesa pulmonar, presença de doenças pulmonares concomitantes, como bronquite crônica e enfisema, restrição ao leito devido a seqüelas de acidente vascular cerebral (AVC), demência em estágio avançado, pós-traumatismos e quadros de broncoaspiração. A pneumonia constitui a principal causa de mortalidade por doença infecciosa em pacientes idosos.

No caso de todas essas afecções pulmonares, a fisioterapia respiratória desempenha importante papel, reduzindo os sintomas e acelerando a recuperação do paciente.

Fisioterapia Respiratória

A fisioterapia respiratória é uma especialidade que se desenvolveu muito nas últimas décadas em virtude da necessidade de aperfeiçoamento assistencial na área saúde. É voltada para pacientes com distúrbios pulmonares crônicos e agudos e portadores de alterações cardiorrespiratória.

A atuação dos fisioterapeutas respiratórios é ampla nos hospitais, clínicas, ambulatórios, postos de saúde e sistemas de atendimento domiciliário por oferecer técnicas terapêuticas eficazes e imediatas que proporcionam uma recuperação melhor e mais rápida, reduzindo dessa forma o tempo de hospitalização e o uso de recursos públicos e privados.

Os objetivos gerais da fisioterapia respiratória são:

- promover a permeabilidade brônquica (remoção de secreções);
- reduzir o trabalho respiratório;
- recuperar a mobilidade torácica;
- aumentar o volumes e a capacidade pulmonare;
- facilitar a tosse;
- aumentar a eficiência muscular global;
- aumentar o condicionamento físico e a autonomia dos pacientes.

Atualmente, existe uma grande variedade de técnicas e recursos que auxiliam na prevenção e tratamento das complicações pulmonares.

Antes, porém, de traçar qualquer conduta, é essencial que se faça uma avaliação respiratória completa e detalhada que fornecerá informações adicionais sobre o estado físico e funcional do paciente. Com isso pode-se analisar o progresso e a efetividade do tratamento.

Avaliação Fisioterapêutica Respiratória

A avaliação respiratória é dividida em quatro partes: identificação, anamnese, exame físico e medidas complementares.

Da identificação constam dados pessoais (nome, sexo e idade), profissão — que é uma informação preciosa, na investigação diagnóstica de exposição ocupacional — e hábitos, entre os quais o tabagismo tem papel fundamental nas doenças respiratórias.

A anamnese compreende toda a história da doença do paciente. É fundamental para se conhecer, diagnosticar, formular o tratamento e criar uma relação de confiança entre o profissional e o paciente. É dividida didaticamente em queixa principal (o que mais incomoda o paciente), história da doença atual (início dos sintomas, freqüência, intensidade, fatores agravantes e de alivio, condutas já tomadas) e, finalmente, a história da doença pregressa (fatores familiares, outras doenças associadas e cirurgias de grande porte).

Após a anamnese, há o exame físico, que por sua vez subdivide-se em quatro partes; inspeção, palpação, percussão e ausculta pulmonar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A inspeção abarca tudo que se pode ver no paciente. A seguir estão listados os principais tópicos da inspeção:

- nível de consciência;
- acessórios (cadeira de rodas, andador, oxigênio);
- sinais de desconforto respiratório;
- condições do tórax (drenos, cicatrizes, hematomas);
- tipo de tórax (normal, enfisematoso, *pectus carinatum* e *escavatum*);
- padrão respiratório (normal, torácico e paradoxal);
- ritmo respiratório normal e patológico (*Cheynes Stokes, Biot* e *Kussmaull*);
- pontos de ancoragem;
- tipo de tosse e aspectos da secreção.

A palpação compreende o exame de partes moles, edema, contraturas, dor integridade óssea, musculatura respiratória, expansibilidade torácica e frêmito toraco vocal[33].

A percussão avalia as condições de densidade da caixa torácica e parênquima pulmonar, pela ressonância de percussões manuais.

Na ausculta pulmonar, com o auxilio de um estetoscópio, avaliam-se as condições de ventilação pulmonar e a presença de ruídos adventícios, característicos de lesões pulmonares, como roncos, sibilos, estertores e atrito pleural.

As medidas complementares — último passo da avaliação respiratória — são as as medidas utilizadas na propedêutica respiratória, entre elas ventilometria, manovacuometria, oximetria de pulso, pico de fluxo expiratório e testes de capacidade funcional.

A ventilometria utiliza um ventilômetro que mede os volumes e capacidades pulmonares. É indicada para analisar o estado e a evolução de processos restritivos (Fig. 45.1). Para avaliar a força dos músculos respiratórios, são realizadas medidas das pressões inspiratórias e expiratórias máximas (pimáx e pemáx) com um manovacuômetro que permite de forma indireta analisar a eficiência dos músculos respiratórios e, se houver necessidade, indicar treinamento muscular respiratório específico (Fig. 45.2).

A oximetria de pulso é uma forma não invasiva de avaliar a oxigenação pela saturação periférica de oxigênio, por meio de um sensor colocado no dedo do paciente. É indicada principalmente quando há suspeita de hipoxemia (Fig. 45.3).



Fig. 45.1 Ventilômetro.



Fig. 45.2 Manovacuômetro.



Fig. 45.3 Oxímetro de pulso.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O pico de fluxo expiratório pode ser medido com um dispositivo portátil, o *Peak Flow* (Fig. 45.4), que avalia se há obstrução do fluxo expiratório.

Os testes de capacidade funcional avaliam as condições funcionais do paciente e suas respostas cardiorrespiratórias frente ao exercício. Os principais testes são a ergoespirometria, o teste ergométrico e o teste de caminhada de seis minutos, que tem sido amplamente utilizado pela facilidade de aplicação.

Após a avaliação, são traçados os objetivos do tratamento fisioterapêutico e as condutas e técnicas a serem aplicadas.



Fig. 45.4 *Peak Flow.*

Técnicas Fisioterapêuticas Respiratórias

Atualmente, há grande variedade de técnicas e aparelhos que facilitam a recuperação das funções pulmonares. Dentre elas, a drenagem postural, as técnicas de desobstrução brônquica, os dispositivos para remoção de secreções (oscilador oral de alta freqüência e máscara de EPAP), a cinesioterapia respiratória, os aparelhos de incentivo respiratório, os resistores pulmonares, os aparelhos de ventilação não invasiva e os programas de reabilitação pulmonar.

Drenagem Postural

A drenagem postural emprega diversas posições para limpar as vias aéreas de secreções, utilizando a força da gravidade para direcionar o fluxo do muco. As posições de drena-gem são baseadas na anatomia dos pulmões e da árvore traqueobrônquica. O segmento de cada lobo é drenado, usando-se as posições demonstradas nas figs. 45.5 a 45.11. A área sombreada em cada ilustração indica a área da parede torácica onde as manobras são aplicadas.

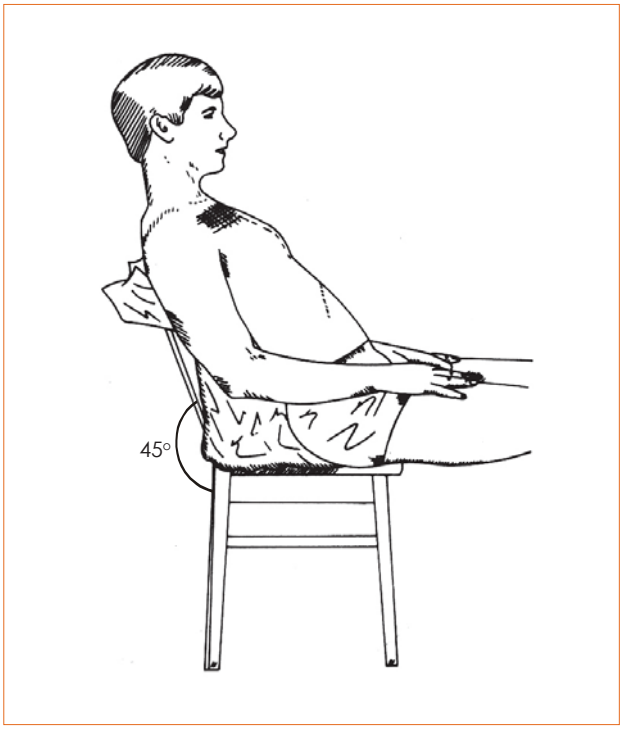


Fig. 45.5 Drenagem do segmento apical de ambos os lobos superiores anteriores.

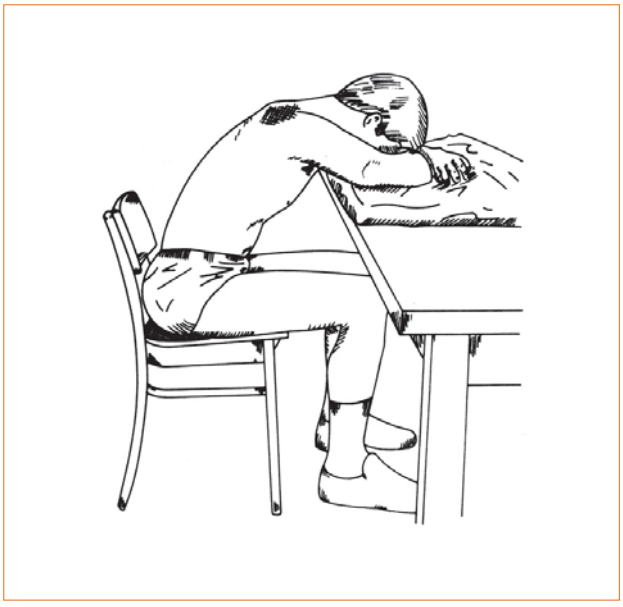


Fig. 45.6 Drenagem do segmento apical de ambos os lobos superiores posteriores.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

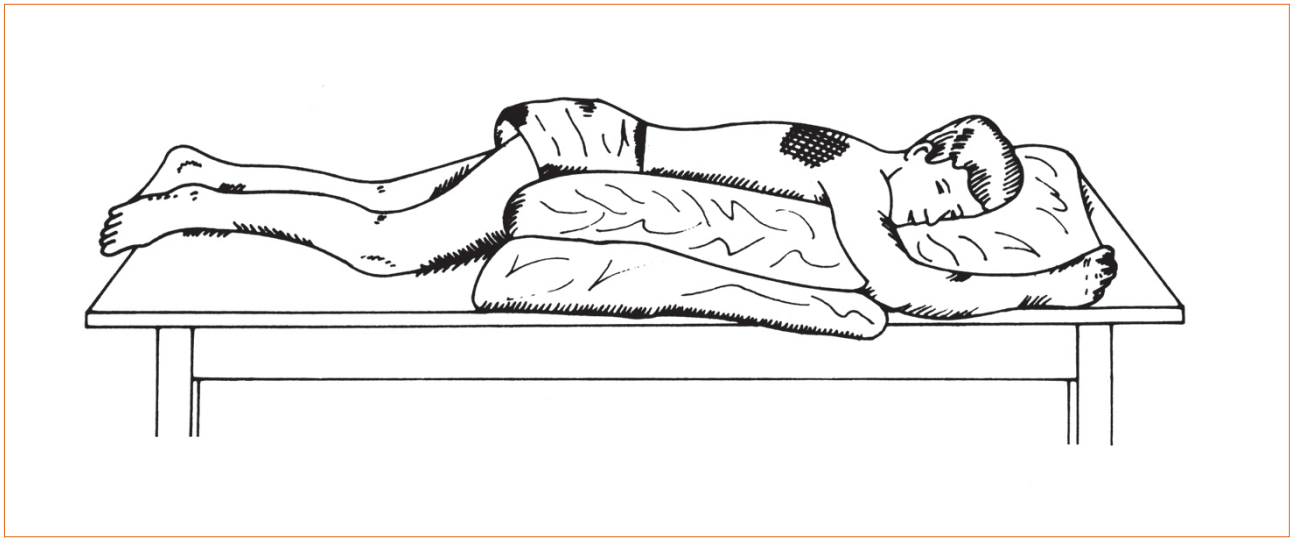


Fig. 45.7 Drenagem do segmento posterior do lobo superior direito.

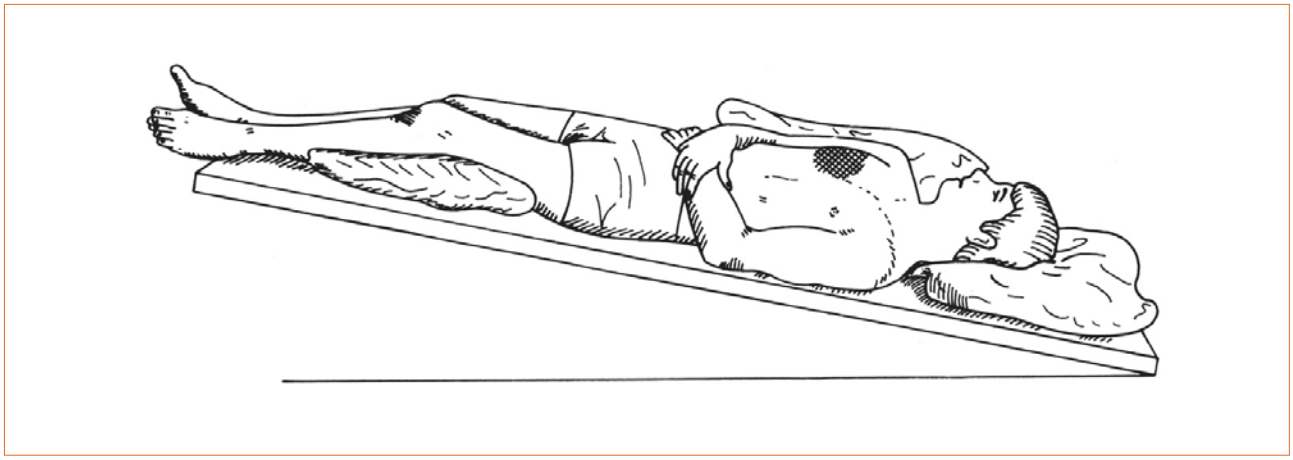


Fig. 45.8 Drenagem do segmento lateral e medial do lobo médio. Elevação de 40cm dos membros inferiores com relação à base.

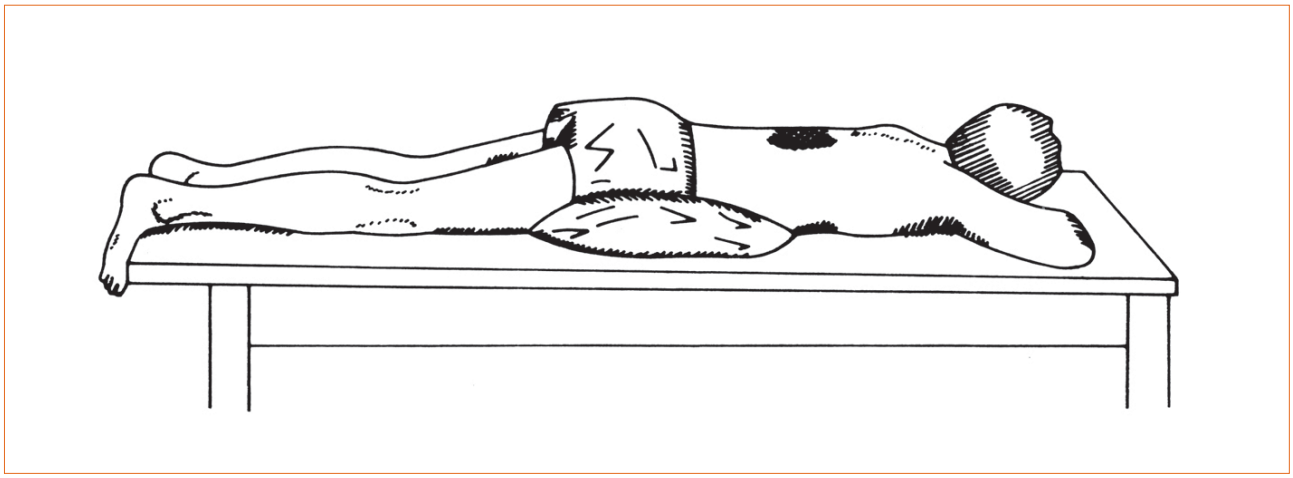


Fig. 45.9 Drenagem dos segmentos apicais dos lobos inferiores bilateralmente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

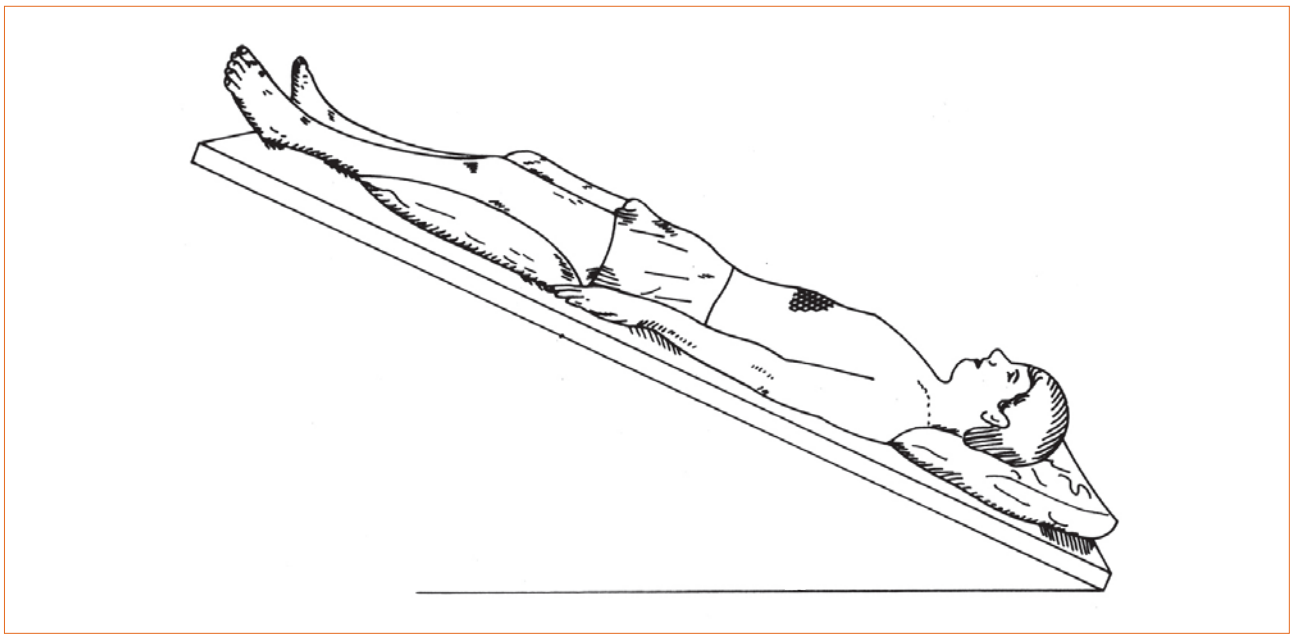


Fig. 45.10 Drenagem do segmento basal anterior dos lobos inferiores bilateralmente. Elevação de 50cm dos membros inferiores com relação à base.

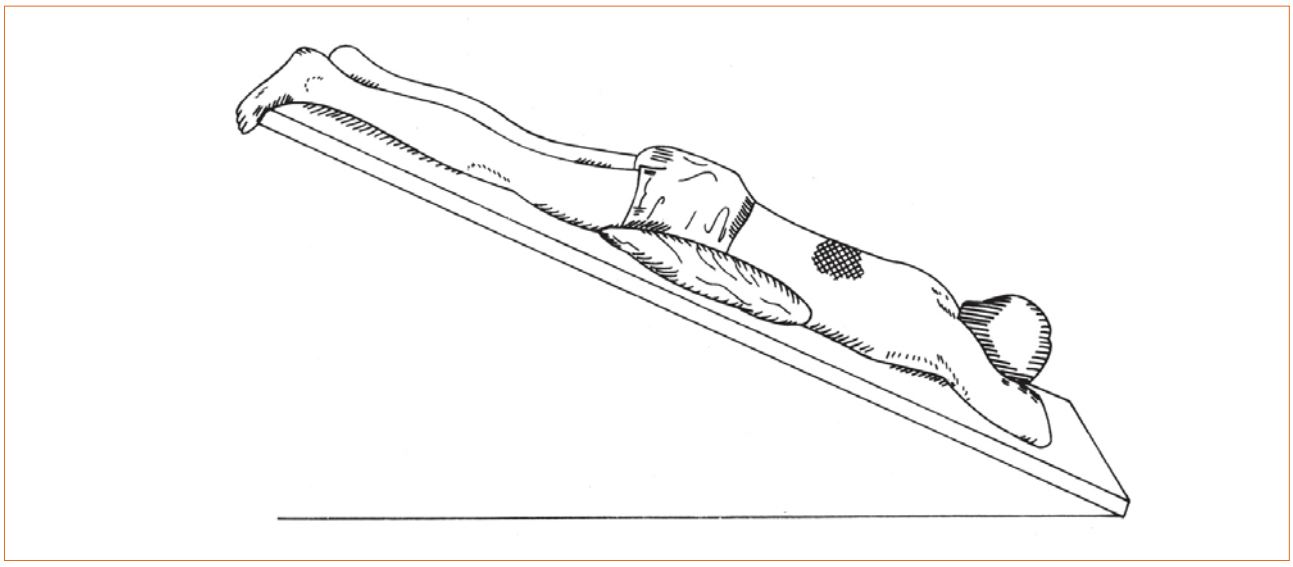


Fig. 45.11 Drenagem do segmento posterior dos lobos inferiores. Elevação de 50cm dos membros inferiores com relação à base.

Técnicas de Desobstrução Brônquica

As técnicas de desobstrução brônquica são indicadas quando ocorrem alterações no sistema mucociliar com retenção de secreções pulmonares. As principais técnicas são a percussão torácica (tapotagem), a vibração, a vibrocompressão, as técnicas de expiração forçada e a estimulação da tosse.

A tapotagem consiste em percussões torácicas com as mãos em concha, aplicadas sobre o tórax de forma cíclica, rápida e rítmica, de modo que as ondas de energia criadas facilitem a remoção de secreções. Um cuidado especial, principalmente em pacientes idosos, é a presença de osteoporose, fraturas patológicas, tumor e áreas dolorosas, que contra-indicam a realização dessa técnica.

Vibração e vibrocompressão são vibrações manuais transmitidas à parede torácica pela contração contínua e isométrica do membro superior do fisiotera-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

peuta, que pode ser associada a uma compressão torácica suave na fase expiratória.

A técnica de expiração forçada (TEF) também recebe o nome de *huffing* e consiste em uma expiração forçada com a glote aberta. A aceleração do fluxo aéreo desloca as secreções pulmonares. Por meio dessa técnica, o muco é removido dos bronquíolos afetados para os brônquios maiores e para a traquéia, onde pode ser expectorado, deglutido ou aspirado.

O estímulo da tosse é indicado em situações em que o paciente não apresenta tosse espontânea eficaz. Pode ser realizado com deslocamentos manuais da traquéia na região da fúrcula, com o auxíilio de um abaixador de língua ou com uma sonda. A ineficiência da tosse é um quadro comum em idosos que perderam massa muscular, estão desnutridos ou demenciados.

Oscilador oral de alta freqüência

Os osciladores orais de alta freqüência são dispositivos que transmitem vibrações para a árvore traqueobrônquica, e facilitam a remoção e o deslocamento de secreções periféricas para regiões centrais, onde podem ser expectoradas. Os aparelhos mais utilizados são o *Flutter* VRP1 e o *Shaker* (Fig. 45.12).



Fig. 45.12 Oscilador oral de alta freqüência (*Shaker*).

Máscara de EPAP

A terapia com EPAP (pressão positiva na via aérea expiratória) é realizada com uma máscara facial de silicone que tem uma válvula unidirecional, na qual a inspiração do paciente é livre, e uma válvula expiratória com um sistema de resistência que pode ser dado por pinos de diferentes orifícios ou por uma válvula de PEEP (pressão positiva no final da expiração), que resistem à fase expiratória criando uma pressão positiva pulmonar. Isso facilita a remoção e o deslocamento das secreções para áreas centrais (Fig. 45.13).



Fig. 45.13 Máscara de EPAP.

Cinesioterapia Respiratória

A cinesioterapia respiratória compreende uma série de exercícios para melhora da ventilação pulmonar. Os exercícios não utilizam aparelhos, são simples e direcionados para aumentar o volume pulmonar de regiões hipoventiladas.

Dentre os exercícios respiratórios os mais comumente utilizados são a respiração diafragmática (o diagrama é estimulado e ocorre aumento da ventilação principalmente nas bases), o freno labial (em que a expiração é prolongada, com os lábios semi-cerrados, o que facilita a desinsuflação pulmonar), a inspiração fracionada (são realizadas de duas a seis inspirações consecutivas que aumentam os volumes pulmonares) e a expiração abreviada (a expiração é fracionada e seguida por inspirações até a capacidade pulmonar total).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Inspirômetro de incentivo

Os inspirômetros de incentivo são aparelhos utilizados para aumentar a expansão pulmonar por meio de incentivos visuais que motivam principalmente pacientes que têm dificuldade para realizar os exercícios respiratórios. São muito utilizados em pediatria e com pacientes idosos (Fig. 45.14).



Fig. 45.14 Inspirômetro de incentivo.

Resistores Inspiratórios e Expiratórios

Os resistores inspiratórios e expiratórios são indicados para treinamento da musculatura respiratória por meio de resistência imposta na fase inspiratória ou na fase expiratória. Essa resistência é graduadas de acordo com as pressões inspiratória e expiratória, previamente avaliadas pela manovacuometria. Existem vários protocolos de treinamento, sendo mais utilizadas as cargas entre 40% a 50% das pressões máximas (Fig. 45.15).

Ventilação Não Invasiva

A ventilação não invasiva é um recurso ventilatório que dispensa a intubação endotraqueal e permite que a interface entre o paciente e o respirador seja feita por uma máscara bem acoplada à face ou por um prongue nasal. É indicada para reduzir o trabalho da respiração, em quadros de falência ou fadiga muscular. O suporte não invasivo evita muitas vezes a intubação do paciente e previne as complicações da ventilação mecânica invasiva. Os aparelhos que realizam essa ventilação são o CPAP (pressão positiva contínua na via aérea), que pode funcionar com geradores de fluxo ligados a uma rede de oxigênio (Fig. 45.16) ou geradores de fluxo elétricos (Fig. 45.17), e os aparelhos de Binivel (BIPAP), que são elétricos e oferecem dois níveis de pressão, uma pressão inspiratória (IPAP) e uma pressão expiratória (EPAP), e proporcionam melhor adaptação e mais conforto ao paciente (Fig. 45.18).



Fig. 45.15 Resistor linear pressórico (Threshold).



Fig. 45.16 Gerador de fluxo de rede de oxigênio.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 45.17 CPAP elétrico.



Fig. 45.18 Aparelho de ventilação não invasiva (Binível).

Programas de Reabilitação Pulmonar

Os programas de reabilitação pulmonar são indicados para pacientes com doenças pulmonares crônicas com o objetivo de melhorar sua capacidade funcional, condicionamento físico e autonomia. Esses programas são multiprofissionais com participação de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos, que fornecem ao paciente treinamento físico, avaliação e orientação nutricional, suporte psicológico e orientação geral sobre a doença, controle dos sintomas, uso correto de medicações e técnicas de conservação de energia.

O programa de treinamento físico é realizado pelos fisioterapeutas, com treinamento aeróbio de membros inferiores (esteira, bicicleta ergométrica e caminhada livre), treinamento de membros superiores (pesos e faixa elásticas) e treinamento de musculatura respiratória (resistor linear pressórico).

Um estudo realizado por Katsura e cols.[17], comparou o uso de um programa de reabilitação pulmonar em adultos jovens e em idosos. Os autores obtiveram resultados similares nos dois grupos, sugerindo que pacientes em qualquer faixa etária podem se beneficiar desses programas.

Bibliografia

1. Almeida JR, Ferreira-Filho OF. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. J Bras Pneumol; 2004; 30: 229-236.
2. American Thoracic Society. Guidelines for the six minute walk test. Am J Respir Crit Care Med; 2002; 166: 111-117.
3. American Thoracic Society (ATS) and European Respiratory Society (ERS). Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. Am J Respir Crit Care Med; 2004.
4. Andrews K, Brocklehurst JC. A profile of geriatric rehabilitation units. J Royal Coll Phys London; 1985; 19: 240.
5. Brocklehurst JC, Tallis C, Tallis RC et al. Textbook of geriatrics medicine and gerontology. 4 ed. Edinburgo, Londres, Madri: Churchill-Livingstone; 1992.
6. Felsenthal G, Garrison SJ, Steinberg FU. Rehabilitation of the aging and elderly patient. Baltimore, Philadéfia: Williams & Wilkins; 1994.
7. Fernandes CR, Ruiz Neto PP. O sistema respiratório e o idoso: implicações anestésicas. Rev Bras Anestesiol; 2002; 52: 461-470.
8. Formiga F, Lopez-Soto A, Masanés F et al. Influence of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease or congestive Heart failure on functional decline after hospitalization in nonagenarian patients. Eur J Internal Med; 2005; 16: 24-28.
9. Francisco PMSB, Donalisio MRC, Lattorre MRDO. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos do Estado de São Paulo, 1980 a 1998. Rev Saúde Pública; 2003; 37: 191-196.
10. Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
11. Frownfelter D, Dean E. Fisioterapia cardiopulmonar – princípios e prática. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 639.
12. Gelbvaks S, Vaisman M. Complicações respiratórias em idosos – uma abordagem geral. Revista do Clínico geral; 1998.
13. Gutiérrez F, Masiá M, Rodríguez, JC et al. Epidemiology of community-acquired pneumonia in adult patients at the dawn of the 21st century: a propective study on Mediterranean coast of Spain. Clin Microbiol infect; 2005; 11: 788-800.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

14. Izzo H, Sitta MI. Fisioterapia. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 393.
15. Janssens JP, Pache JC, Nicod LP. Physiological changes in respiratory function associated with ageing. Eur Respir J; 1999; 13: 197-205.
16. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. O essencial em clínica geriátrica. São Paulo: Andrei; 1985.
17. Katsura H, Kanemaru A, Yamada K et al. Long-term effectiveness of an inpatient pulmonary rehabilitation program for elderly COPD patients: comparison between young-elderly and old-elderly groups. Respirology; 2004; 9: 230-236.
18. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. São Paulo; Manole; 1989.
19. Leme LEG. Principais afecções pulmonares. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (ed.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 189.
20. O'Donnell DE, Bertley JC, Chau LK et al. Qualitative aspects of exertional breathlessness in chronic airflow limitation: pathophysiologic mechanisms. Am J Respir Crit Care Med; 1997; 155: 109-115.
21. O'Donnell DE, Webb KA, McGuire MA. Older patients with COPD: benefits of exercise training. Geriatrics; 1993; 48: 59-65.
22. Pauwels R. Global iniciative for chronic obstructive lung disease – GOLD. Am J Respir Crit Care Med; 2004.
23. Roig RL, Worsowicz GM, Stewart DG et al. Geriatric rehabilitation. Physical medicine and rehabilitation interventions for common disabling disorders. Arch Phys Med Rehabil; 2004; 85: 12-17.
24. Scanlan CL, Wilkins RL, Stoller JK. Fundamentos da terapia respiratória de Egan. 7 ed. São Paulo: Manole; 2000.
25. Silva LCC. Condutas em pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 901-916.
26. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. Rev Saúde Pública; 2005; 39 (4): 663-668.
27. Smith M, Ball V. Fisioterapia Cardiorespiratória para fisioterapeutas. São Paulo: Premier; 2004.
28. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso brasileiro de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). J Pneumol; 2004.
29. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso brasileiro no manejo da Asma. J Pneumol; 1999.
30. Steinberg FU, Dean BZ. The geriatric rehabilitation. Arch Phys Med Rehab; 1990; 71: 278.
31. Tarantino AB. Doenças pulmonares. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
32. Williams TF, Cooney Jr LM. Principles of rehabilitation in older persons. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP et al. Principles of geriatric medicine and gerontologist. Nova York, St. Louis, Londres: McGraw Hill; 1994.
33. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Fisioterapia em idosos. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 331.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

46 Reabilitação Cardiorrespiratória

Roberto Guimarães Alfieri

Introdução

O interesse pela atividade física, notadamente sob a forma de desporto de competição, existe há muitos anos. Entretanto, recentemente, sua importância tem crescido de modo apreciável, atingindo não somente a área competitiva, mas também as de lazer e de recreação.

É cada vez maior o número de indivíduos, de todas as faixas etárias, que estão praticando alguma forma de atividade física. Em nosso meio, os clubes, os calçadões das praias, as grandes avenidas e os parques públicos são locais onde idosos e crianças, movidos pelas mais variadas razões, procuram realizar exercícios físicos de modo regular.

Ao lado da grande popularidade do *cooper* existe, indubitavelmente, um certo despreparo dos profissionais da área de saúde, inclusive dos médicos, no que se refere às indicações, contra-indicações e benefícios das várias formas de atividade física. Quantos médicos saberiam orientar, convenientemente, a prescrição da atividade física em termos de tipo, freqüência, intensidade e duração para indivíduos sedentários, obesos, coronariopatas, hipertensos, diabéticos, idosos, asmáticos, gestantes etc.? Quantos saberiam contra-indicar a atividade física para determinado indivíduo com base em critérios científicos? Muito poucos, sem dúvida, pois até os especializados em medicina desportiva não se sentiriam muito à vontade.

Embora os aspectos reabilitativos e psicológicos benéficos do exercício tenham sido relatados há algum tempo, existem evidências científicas e crescente reconhecimento popular sobre os benefícios cardiovasculares da atividade física programada para indivíduos hígidos ou mesmo para portadores de certas formas de cardiopatia.

Não é surpreendente, tendo em vista o número sempre crescente de indivíduos idosos em nosso país e a elevada incidência de doença cardiovascular neste grupo etário, que os clínicos sejam, freqüentemente, consultados sobre se o tratamento por meio de exercícios físicos é adequado para determinada pessoa idosa. Por exemplo, existe a hipótese de que a atividade física repetida possa causar um "desgaste" mais precoce dos sistemas orgânicos vitais e que a melhor forma de preservar a função cardiovascular seria evitar, ao máximo, exercícios físicos extenuantes. Existe, também, a preocupação de que o próprio envelhecimento possa acarretar um declínio obrigatório na capacidade do coração, diminuindo o débito cardíaco. Seria possível, portanto, que determinada carga de exercício pudesse impor maior sobrecarga ao sistema cardiovascular do indivíduo idoso. Por outro lado, tem sido relatado que o exercício diminui o risco de doenças cardiovasculares e que pode retardar o desenvolvimento de alterações cardíacas e outras modificações da senectude.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O aumento do grau de conscientização da população sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares (hábito de fumar, hipertensão arterial sistêmica, estresse emocional, dislipidemias, sedentarismo) tem provocado gradual mudança no estilo de vida dos indivíduos, que buscam diminuir sua ocorrência na vida cotidiana. As causas da diminuição da ocorrência dessas afecções são controversas: os epidemiologistas ressaltam a melhoria de sua prevenção, enquanto os cardiologistas, em geral, afirmam dever-se essa diminuição à melhora dos métodos terapêuticos. Os dados existentes ainda não são conclusivos; possivelmente, ambos os fatores são importantes para explicar o achado estatístico referido.

A solução de qualquer questão científica depende, em grande parte, do método utilizado para estudar o problema. Certamente, é o que acontece quando se quer avaliar a função cardiovascular na pessoa idosa. Considerações importantes incluem a população examinada e, em particular, a "certeza" da ausência de doença concomitante, a influência das alterações associadas à idade nas variáveis do estilo de vida, o tipo de pesquisa realizada (longitudinal ou de corte transversal), o parâmetro a ser examinado (capacidade aeróbica máxima, débito cardíaco, fração de ejeção etc.), as condições experimentais no momento da determinação (repouso ou esforço) e a metodologia empregada, por exemplo, exercício dinâmico ou isométrico, em bicicleta ou esteira rolante, em pé ou deitado. A escolha desses fatores pode resultar em grandes variações nos resultados, desde a ausência da influência da idade até uma atuação dramática de, praticamente, qualquer variável que se deseje examinar.

Sistema Cardiovascular

A variável que tem sido mais amplamente utilizada como indicadora do rendimento cardiovascular global é o consumo máximo de oxigênio (VO_2) durante o exercício em esteira rolante. A maioria das pesquisas indicou uma redução praticamente linear do VO_2 máx. relacionado à idade (cerca de 0,45mL de O_2/kg/min, por ano nos homens). Esses resultados não indicam necessariamente que o próprio envelhecimento esteja associado a uma redução obrigatória na função cardíaca intrínseca. Embora isso pudesse refletir uma diminuição na capacidade contrátil miocárdica devido à idade, também poderia significar alterações próprias do envelhecimento em qualquer dos outros parâmetros que contribuem para o consumo máximo de oxigênio.

Os fatores mais importantes que influenciam as determinações do VO_2 nos grupos etários de maior idade são a presença de doença e alterações das variáveis segundo o estilo de vida do indivíduo, principalmente seu condicionamento ou o nível de sua atividade física. A importante influência das variáveis do estilo de vida sobre a denominada redução no VO_2 associada à idade está bem comprovada através de pesquisas longitudinais.

O envelhecimento resulta em mudanças, tanto na função miocárdica quanto no sistema vascular periférico. Apesar de a freqüência cardíaca em repouso mostrar pouca alteração, com a idade observa-se um declínio na freqüência cardíaca máxima atingida durante o esforço. Essa redução costuma ser calculada pela fórmula: 220 - idade = FCmáx.

Até mesmo em indivíduos sem miocardiopatia isquêmica reconhecida ocorrem alterações cardíacas funcionais e estruturais com o envelhecimento (Tabelas 46.1 e 46.2). Assim, dos 25 aos 85 anos de idade, o volume de ejeção cai cerca de 30%, e o miocárdio se hipertrofia. Enquanto os indivíduos mais jovens aumentam bastante a fração de ejeção (FE) com o esforço, as pessoas mais velhas mostram um aumento apenas modesto; muitas delas passam a apresentar redução na FE e anormalidades regionais no movimento da parede ventricular, durante o exercício programado.

A presença de doença cardiovascular também produz importante efeito sobre o VO_2máx. A influência da aterosclerose coronária é evidente, já que está comprovada a redução do rendimento cardíaco provocada pela isquemia durante a reação de estresse. A hipertensão arterial, prevalente devido às alterações na rigidez muscular, aumenta os componentes ventricular e periférico da pós-carga e, embora a hipertrofia cardíaca tenda a normalizar a tensão mural e alguns índices da função cardíaca, praticamente todos os parâmetros do enchimento diastólico são anormais em repouso, mesmo em presença de uma FE normal.

Portanto, é evidente que as características da população de idosos estudada, principalmente o grau de segurança acerca da ausência de doenças cardiovasculares e o nível de condicionamento físico influenciam qualquer determinação do VO_2máx. nesse grupo etário.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 46.1 Alterações Anatomofisiológicas do Envelhecimento

Cardiovasculares e Metabólicas
- ↓ Débito cardíaco submáximo e máximo
- ↓ PAS e PAD
- ↓ Freqüência cardíaca máxima
- ↓ Colesterol total
- ↓ Resistência vascular
- ↓ HDL — colesterol

Respiratórias
- ↓ Capacidade vital
- ↓ Complacência máxima
- ↓ Ventilação máxima
- ↓ Área alveolar
- ↓ Capacidade residual funcional

Músculo-esqueléticas
- ↓ Massa muscular
- ↓ Densidade óssea
- ↓ Elasticidade do tecido conectivo
- ↓ Viscosidade do líquido sinovial
- ↓ Comprimento da fibra muscular

Sistema Nervoso Central
- ↓ Condução nervosa
- ↓ Número de neurônios
- ↓ Resposta motora
- ↓ Massa corporal
- ↓ Capacidade cognitiva e de memória

Tabela 46.2 Alterações Anatomofisiológicas do Envelhecimento

FC em repouso	=
FC em exercício	↓
CV	↓↓
Volume sistólico	↓
Volume diastólico	↓↓
Débito cardíaco	↓↓
VO_2	↓
AVO_2 – dif	↑

VO_2: consumo de O_2; AVO_2 – dif: diferença arteriovenosa; FC: freqüência cardíaca; CV: complacência ventricular.

O tipo de exercício escolhido também é importante, já que os mecanismos responsáveis pela resposta cardiovascular ao exercício dinâmico são consideravelmente diferentes dos que traduzem a resposta ao exercício estático. A posição do indivíduo também influencia as variáveis cardíacas, já que o volume de sangue máximo ejetado, o débito cardíaco e o VO_2 durante o exercício estão reduzidos na posição supina, em comparação com a ereta.

Conforme mencionado anteriormente, em geral concorda-se que o VO_2máx. diminui com a idade. O VO_2máx. é definido como o produto entre o débito cardíaco e a diferença máxima entre o nível de oxigênio arterial e venoso. Embora existam alterações relacionadas à idade na função cardiovascular responsáveis por esse declínio, também é verdade que elas são observadas por ação de outros fatores, que podem contribuir para isso.

Não se sabe se, nos idosos, as alterações ventilatórias limitam a capacidade de oxigenar o sangue durante o exercício máximo, embora se reconheça que as alterações na massa muscular resultam em redução do VO_2máx.

O efeito da idade sobre o débito cardíaco, outro importante determinante do VO_2, é controvertido. Muitas pesquisas indicam que o débito cardíaco com carga máxima de trabalho diminui com a idade. Como não existem alterações produzidas pela idade no nó sinoatrial e no sistema específico de condução, provavelmente essas estruturas não são responsáveis pelas alterações da freqüência cardíaca (FC) relacionadas à idade, durante os mais diferentes estágios do exercício.

A pressão arterial, em repouso e durante o exercício, também é diferente para o idoso, pois a elasticidade dos principais vasos sangüíneos declina com a idade. Conseqüentemente, a pressão sistólica aumenta, tanto em repouso quanto ao exercício, cerca de 10 a 40mmHg. A maior parte desse aumento ocorre por volta dos 65 a 70 anos, havendo poucas alterações em idades mais avançadas.

O débito cardíaco máximo reduzido, por outro lado, provocará diminuição da captação máxima de oxigênio e do rendimento de trabalho nas pessoas mais velhas.

Os indivíduos mais idosos, entretanto, conseguem usufruir benefícios do condicionamento físico semelhantes àqueles observados em pessoas mais jovens. Apesar de se começar de um nível baixo, a captação de oxigênio pode ser aumentada nos idosos sedentários com treinamento de resistência *(endurance)*. Para determinada carga de trabalho, observa-se uma redução na pressão arterial (PA), FC e lactato sangüíneo, após o treinamento. Além disso, o esforço submáximo pode ser mantido por períodos mais longos, e a recuperação cardiovascular, após o exercício, é mais rápida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sistema Respiratório

A idade afeta a mobilidade da parede torácica, enquanto a complacência pulmonar aumenta. O efeito global consiste em aumentar, em cerca de 20%, o trabalho necessário para vencer a resistência elástica.

Nos indivíduos normais de qualquer idade, a função respiratória não limita a capacidade de realizar exercícios. As alterações ventilatórias que ocorrem com o envelhecimento não impedem uma melhora significativa da capacidade aeróbia após o treinamento. À semelhança do que ocorre em indivíduos jovens, nos idosos sem doença respiratória o sistema de transporte de O_2 depende mais da capacidade periférica e cardiovascular que da capacidade respiratória.

As alterações anatomofisiológicas do envelhecimento encontram-se na Tabela 46.1.

Sistema Nervoso

Com o envelhecimento ocorrem mudanças importantes nos sistemas nervosos central — SNC (Tabela 46.1) — e periférico, que afetam a capacidade de se exercitar. Os tempos de reação alongam-se e a velocidade de condução nervosa diminui de 10% a 15% com a idade.

Um estilo de vida ativo parece retardar o alongamento dos tempos de reação neuromuscular. Com o envelhecimento, porém, a evidência de um efeito do exercício sobre o tempo de reação nos idosos sedentários é menos conclusiva.

A atividade física pode prevenir, também, as alterações senescentes dos SNC e periférico, podendo se beneficiar em certas áreas (menor percepção da dor crônica, menos ansiedade e melhora da função cognitiva ou neuropsiquiátrica).

Uma característica constante dos programas de exercício para idosos é a maior sensação de bem-estar relatada pelos participantes.

Metabolismo

Com o envelhecimento podem ocorrer várias alterações metabólicas pelo exercício. Assim, a taxa metabólica basal e a captação máxima de oxigênio diminuem gradativamente com a idade. Homens sedentários podem ter um declínio na captação máxima de oxigênio de 10% por década, embora os indivíduos ativos mostrem uma redução de apenas 5% por década. A tolerância à glicose diminui com a idade. A massa corporal magra diminui, ao passo que a gordura corporal relativa aumenta.

Os níveis de colesterol total e de colesterol lipoprotéico de baixa densidade aumentam com a idade; já as concentrações das lipoproteínas de alta densidade não se modificam.

O condicionamento pode fazer aumentar a captação máxima de oxigênio, diminuir a gordura corporal e aumentar a massa magra. O exercício pode, também, ser benéfico para o metabolismo dos carboidratos e, possivelmente, dos lipídios em indivíduos mais jovens. Esses efeitos, porém, nos idosos sedentários, são menos definidos.

Sistema Músculo-esquelético

Com o envelhecimento, a perda óssea progressiva constitui um evento comum. Assim, as mulheres com mais de 35 anos de idade perdem massa óssea num ritmo de aproximadamente 1% por ano. Os homens começam a perder sua massa óssea por volta dos 55 anos, chegando a diminuir de 10% a 15% aos 70 anos. A perda óssea pode ser acelerada por condições encontradas no idoso, tais como ingestão insuficiente de cálcio dietético, *diabetes mellitus*, deterioração renal ou imobilidade.

Observam-se, também, alterações qualitativas nos ossos. A perda resultante da força óssea predispõe a ocorrência de fraturas, causa importante de morbidez e mortalidade no idoso.

O envelhecimento causa reduções na massa muscular, tanto no tamanho quanto no número de fibras musculares. Em termos funcionais, a força muscular diminui em aproximadamente 20% aos 65 anos. Do ponto de vista clínico, observa-se menos força e velocidade de contração, e início mais precoce de fadiga.

Com o treinamento, a força muscular aumenta e pode ocorrer hipertrofia. Atletas jovens e trabalhadores braçais mostram efeitos regionais significativos da atividade física e de hipertrofia muscular sobre a densidade e estrutura dos ossos. Os efeitos da atividade física sobre a densidade óssea no idoso não foram estudados tão extensamente; os dados existentes, porém, apóiam essa atividade como um meio de aumentar o conteúdo mineral dos ossos.

Foi relatada, também, uma menor flexibilidade com o envelhecimento. Não fica claro, entretanto, se

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

isso é conseqüência do envelhecimento biológico ou se resulta de doença degenerativa e de inatividade, que ocorrem com maior freqüência no idoso. Os estudos sobre programas de exercício e movimento para idosos mostraram, não apenas uma grande melhora na amplitude dos movimentos articulares, como também uma percepção subjetiva da maior mobilidade e bem-estar em muitos dos indivíduos.

Avaliação Pré-exercício

Os idosos precisam de uma avaliação minuciosa antes de estabelecer um esquema de treinamento com exercícios eficazes, porém seguros. Por causa da maior prevalência de incapacidades crônicas, a identificação desses problemas permite a modificação das atividades físicas de forma a tornar o programa mais prático e agradável, bem como para evitar uma possível lesão ou exacerbação das condições subjacentes.

As considerações específicas para esse grupo etário incluem a história medicamentosa e dietética, a avaliação para *déficits* sensoriais e anormalidades músculo-esqueléticas e a triagem para doenças cardiovasculares.

A implementação de um programa de treinamento permite rever a adequação da dieta dos pacientes. Além disso, os benefícios do exercício sobre a massa óssea dependem de uma boa ingestão de cálcio, para se obter um aumento e não apenas uma simples distribuição do mineral ósseo.

A presença de neuropatia periférica ou de outra afecção sensorial, de distúrbio da marcha e a deterioração do equilíbrio ou a hipotensão ortostática indicam maior potencial para perdas, o que pode ser reduzido modificando-se o esquema de treinamento ou o meio ambiente.

A avaliação inicial deve rever as medicações para possíveis interações com os programas de atividade. Os diuréticos podem predispor à hipocalemia, às arritmias e à rabdomiólise, assim como à depleção volêmica com subseqüentes quedas ou síncopes. Os diabéticos que estão recebendo insulina ou medicação hipoglicemiante oral podem necessitar de ajustagens de suas doses habituais. Os betabloqueadores podem alterar os parâmetros do exercício e reduzir a tolerância ao mesmo em alguns indivíduos, enquanto os tranqüilizantes mais potentes podem causar vertigens ortostáticas e deteriorar a termorregulação orgânica.

Um teste com exercício progressivo (teste ergométrico) está indicado em qualquer pessoa idosa que começa um programa de treinamento físico. Uma técnica usada comumente é o teste na esteira rolante. É necessário orientar e aquecer o paciente para se obter um bom desempenho.

Os protocolos apropriados para os idosos utilizam uma velocidade constante de esteira, com os aumentos do trabalho sendo obtidos através de uma maior inclinação. A duração de cada estágio deve ser suficientemente longa para que o indivíduo possa alcançar um estado estável ou de equilíbrio.

O aumento na inclinação do piso da esteira deve ser escolhido com o objetivo de expressar toda a amplitude de realização do exercício pelo paciente durante um período razoável de tempo. A capacidade de trabalho pode ser representada em *mets,* sendo um *met* igual a 3,5mL de O_2/kg/min (nível geral de consumo de oxigênio).

A bicicleta ergométrica também é útil para o teste de esforço numa população idosa. O peso do indivíduo é sustentado, e os guidões proporcionam boa estabilidade corporal. Esse método de teste pode ser mais aplicável para os pacientes com instabilidade articular, distúrbio de marcha e problemas visuais. A familiaridade com o equipamento é importante para se conseguir um bom exame, especialmente se levarmos em conta as articulações mais rígidas e o sedentarismo desses indivíduos.

O Treinamento Físico

Mais que outros grupos etários, os programas de atividade para os idosos devem ser adaptados ao indivíduo. A avaliação clínica sucinta fornece a informação para estabelecer os objetivos do programa.

As atividades mais apropriadas são aquelas que consistem em movimento rítmico dos grandes grupos musculares, como caminhar, dançar e nadar.

Duração, freqüência e intensidade ótimas de exercício para a produção do condicionamento físico nas pessoas idosas não foram, ainda, definidas de maneira completa.

Como nos indivíduos mais jovens, parece ser necessário um mínimo de dois dias de exercício por semana para se conseguir uma resposta ao treinamento. Em geral, são recomendadas sessões de 20 a 30 minutos, porém os idosos descondicionados poderão ser capazes de se exercitar apenas por cinco a dez minutos no início. Esses esforços regulares podem produ-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

zir um efeito de treinamento, que pode ser ampliado aumentando-se a freqüência das sessões.

A intensidade do exercício pode ser orientada pelo teste ergométrico. Como nas pessoas jovens, a FC normal recomendada para o treinamento é de 60% a 80% da FC máxima alcançável. Se o teste ergométrico demonstrar anormalidades num determinado nível de trabalho, deve-se prescrever uma atividade com menor intensidade. Com esse escopo, os indivíduos devem ser orientados a monitorar suas FC dentro de sua amplitude de treinamento.

Os exercícios de aquecimento e alongamento e a progressão cuidadosa das atividades ajudam a evitar lesões. Os programas devem incluir períodos adequados de volta à calma (esfriamento) após qualquer atividade vigorosa.

A obediência ao programa de atividade é facilitada escolhendo-se atividades interessantes e agradáveis. Os programas de exercício que demonstram um benefício psicológico perceptível do treinamento implicam a participação de grupo e as interações sociais, que ocorrem durante o treinamento, podendo comportar um benefício especial para os pacientes geriátricos.

A heterogeneidade da população idosa requer avaliações individualizadas de sua condição de saúde e da tolerância ao esforço, ao se determinar os objetivos de um programa de exercícios. Se forem bem aplicados, esses programas poderão aprimorar muito a qualidade de vida do idoso.

Aspectos do Treinamento Físico

O treinamento físico baseia-se em três princípios: o princípio da especificidade, da sobrecarga e da reversibilidade.

Princípio da Especificidade

Um treinamento qualquer tem um efeito específico para desenvolver as partes do corpo e o sistema energético predominantemente utilizado no desempenho de determinada atividade. Há modificações morfológicas e funcionais dos órgãos, células e estruturas intracelulares envolvidas na realização desta atividade, desde que a solicitação seja acima de um certo limiar.

Princípio da Sobrecarga

Para ocorrer adaptação, o organismo e seus sistemas devem ser estimulados a níveis maiores do que aqueles naturalmente encontrados. Um treinamento efetivo e seguro é aquele em que as sobrecargas (resistência oposta) são aplicadas progressivamente e em que se respeita um tempo para haver a adaptação em cada nível de estímulo.

Princípio da Reversibilidade

Os efeitos benéficos do treinamento físico são transitórios e reversivos, isto é, as mudanças conseguidas pelo mesmo revertem se o indivíduo deixar de se exercitar. Isto significa que o corpo, assim como se adapta à sobrecarga, também pode se adaptar à inatividade.

Componentes de um Programa de Exercício

Os componentes básicos de um programa de exercícios são freqüência, duração, intensidade e tipo de exercício.

O treinamento é o produto da freqüência, duração e intensidade do exercício, isto é, da soma total de estímulos ou sobrecargas.

O tipo de exercício está relacionado com o princípio da especificidade.

A chave para um bom treinamento está na combinação ideal destes quatro componentes em dosagens adequadas para produzir o efeito desejado.

Freqüência

Refere-se ao número de vezes de execução por semana ou por dia. O objetivo do treinamento e o estado de aptidão inicial são fatores determinantes para se decidir a freqüência adequada.

Há consenso de que uma freqüência de exercícios menor que duas vezes por semana não produz alterações significativas, tanto na capacidade anaeróbia quanto na aeróbia, bem como na composição corporal.

Duração

Depende de muitos fatores, como o trabalho realizado, a intensidade do esforço, a freqüência do treinamento e a aptidão inicial.

Um programa ideal deve ter três fases: aquecimento (cinco a dez minutos), fase de sobrecarga (15 a 40 minutos) e volta à calma (cinco a dez minutos), compondo assim um total de 25 a 60 minutos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para indivíduos descondicionados ou idosos, a duração deve ser maior, em função da menor intensidade de trabalho.

Intensidade

É um fator crítico na prescrição do treinamento e também de maior dificuldade de ajuste. A duração e a freqüência podem ser as mesmas para pessoas com grandes diferenças na aptidão física, porém a intensidade não.

As alterações fisiológicas induzidas pelo treinamento físico dependem, principalmente, da intensidade do trabalho, pois é ela que determina a utilização do sistema energético predominante e o custo calórico da sobrecarga.

Princípios do Teste de Esforço no Idoso

O teste de esforço (TE) tornou-se o método não-invasivo de mais larga aplicação para avaliação funcional coronariana, associando reprodutibilidade, sensibilidade e especificidade expressivas.

O TE reflete, antes de tudo, a análise dos aspectos metabólicos e eletromecânicos do miocárdio, e, de maneira indireta, informações da anatomia cardíaca. Entretanto, os resultados obtidos ressaltam a correlação existente entre as alterações anatômicas e o grau de resposta isquêmica na ergometria, principalmente se sua interpretação baseia-se em análise multifatorial das variáveis obtidas durante o exercício.

Admite-se relação direta e significante entre o desenvolvimento de angina de peito, infarto do miocárdio ou mesmo morte súbita e a quantificação da resposta isquêmica através da magnitude do desenvolvimento do segmento ST no TE.

O TE é realizado segundo o princípio de Fick, em que o consumo de oxigênio (VO_2) é proporcional ao débito cardíaco (DC) e à extração periférica de oxigênio, ou seja, à diferença arteriovenosa:

$$VO_2máx = DCmáx. \times dif.\ A\ V$$

Durante o exercício, no indivíduo sem insuficiência cardíaca, o VO_2máximo é praticamente função do DC, pois a extração periférica de O_2 torna-se máxima.

O VO_2máximo é facilmente atingido durante o TE, na bicicleta ergométrica, em função da carga de trabalho externo — influenciado pelo peso corpóreo — e da freqüência cardíaca, e na esteira rolante em função do tempo do exercício tolerado. Portanto, condições que reduzem o DC ao exercício podem se associar a tolerância baixa do esforço com queda do VO_2 máximo.

O TE aplica-se não somente ao diagnóstico de modo isolado ou associado à cintilografia miocárdica, por exemplo, na localização e extensão de áreas isquêmicas, como também a programas de condicionamento físico e de medicina esportiva.

A metabolização de uma molécula de glicose processa-se em duas fases distintas em presença de disponibilidade normal de oxigênio em nível celular:

1. *fase aeróbia*, em que o ácido pirúvico é oxidado através do ciclo de Krebs na mitocôndria celular, resultando O_2, H_2O e moléculas de trifosfato de adenosina (ATP);
2. *fase anaeróbia*, em que a molécula de glicose transforma-se em ácido pirúvico, com a produção de duas moléculas de ATP.

Nas fibras musculares, a interação entre as proteínas contráteis (actina e miosina) faz-se em presença de ATP e cálcio.

Em casos de hipóxia ou de isquemia da fibra miocárdica, a disponibilidade insatisfatória de O_2 determina o processamento do metabolismo celular em nível anaeróbio. Como conseqüência, há transformação de ácido pirúvico em ácido láctico — que se acumula no plasma — e a redução drástica de 38 para duas moléculas de ATP para cada molécula de glicose.

Admite-se que reduções de 50% de reserva celular de ATP determinem necrose celular. No caso específico do miocárdio resulta o comprometimento de propriedades fundamentais como o cronotropismo e o inotropismo.

Assim, inadequações em relação à FC esperada durante o TE devem ser interpretadas mais como índice de reserva cronotrópica do que como meta para a interrupção do exame. Contudo, variações de dez a 16 batimentos por minuto (bpm) em relação ao valor máximo esperado não deverão ser interpretadas como diminuição da capacidade cronotrópica.

Portanto, a verificação da queda da reserva cronotrópica no decorrer do TE — em ausência de influência medicamentosa — deve ser interpretada como fator na previsão de evento coronário, mesmo em ausência de desnivelamento do segmento ST.

As variações da pressão arterial sistólica durante TE representam dado hemodinâmico que reflete de forma indireta a função contrátil do ventrículo esquer-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do através de variações primárias do débito sistólico. Contudo, é importante ter em mente que elas são dependentes de possíveis modificações da resistência periférica.

Níveis de 220mmHg de PA sistólica são considerados como valores máximos durante o TE; cifras maiores caracterizam "padrão hiper-reativo", possível forma latente de hipertensão arterial sistêmica.

A ausência de elevação ou mesmo de queda de PA sistólica durante o TE indica, habitualmente, diminuição contrátil do ventrículo esquerdo, principalmente em presença de dor precordial e de alterações do segmento ST.

A interpretação das variações da PA sistólica em mulheres exige, contudo, cautela. Esta salvaguarda fundamenta-se na tendência ao maior grau de vasodilatação periférica durante o exercício, em relação aos homens, não refletindo diminuição da capacidade contrátil do ventrículo esquerdo.

Valor Preditivo do Teste de Esforço na População em Geral

O TE, na última década, tornou-se um dos mais importantes meios de diagnóstico, avaliação clínica e prognóstico dos pacientes com doença arterial coronariana (DAC). Sendo a prova de esforço um método incruento, rápido, barato, seguro, facilmente repetível e de provado valor para o diagnóstico clínico da cardiopatia isquêmica, é natural que se comparem os dados por ela obtidos aos da cinecoronariografia, indiscutivelmente o melhor procedimento para se identificar a doença obstrutiva coronária, embora as informações fornecidas pelos dois métodos sejam qualitativamente diferentes. Essas discrepâncias são compreensíveis, visto ser a prova de esforço um método funcional que reflete antes de tudo alterações metabólicas e eletromecânicas do miocárdio, e só de maneira indireta a real anatomia coronariana, está facilmente identificada pela cineangiocoronariografia.

Além disso, as dificuldades em assimilarmos as noções corretas de sensibilidade e especificidade, associadas ao desconhecimento de que o valor de previsão de qualquer exame diagnóstico está diretamente relacionado à prevalência de DAC na população em estudo, leva o clínico a supervalorizar o resultado de um TE.

Para se obter os dados diagnósticos e epidemiológicos do TE, diante de doença aterosclerótica coronária obstrutiva, deve-se ter em mente os seguintes conceitos:

Sensibilidade

É a capacidade do teste de indicar DAC. Numericamente, seria a freqüência com que aparece um teste positivo numa população doente (Tabelas 46.3 e 46.4).

Especifícidade

É a capacidade do teste de indicar corretamente a ausência de DAC. Numericamente, seria a freqüência de um teste negativo numa população sem doença.

Tabela 46.3 Sensibilidade e Especificidade do Teste Ergométrico de Acordo com a Idade

Idade	*Sensibilidade (%)*	*Especificidade (%)*
< 40	56,2	83,7
40-49	64,7	84,6
50-59	73,9	87,9
> 60	84,4	70,0

Tabela 46.4 Teste Ergométrico em Idosos: Sensibilidade e Especificidade

Autor	*Idade*	*Nº de Pacientes*	*Sensibilidade(%)*	*Especificidade (%)*
Hlatky	> 60	261	84	70
Terrare	> 65	63	73	66
Newman	65-84	153	85	56
Alfieri	65-80	57	85	60

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Prevalência

E a probabilidade da doença dentro de uma população estudada.

A presença ou não de DAC numa população estudada pode ser demonstrada em estudos epidemiológicos, como os de Framinghan, obtendo-se a prevalência epidemiológica através de necropsias de hospitais gerais, determinando-se a prevalência de necropsia; em levantamento de estudos clínicos demonstrando ou excluindo a DAC através da cinecoronariografia, estabelecendo a prevalência angiográfica em grandes grupos de pacientes sintomáticos e em menor porcentagem nos assintomáticos.

Com estas bases pode-se reconhecer, com bastante acerto, a probabilidade de DAC em distintos grupos populacionais, segundo sexo, idade, fatores de risco, sintomatologia etc.

Valor Preditivo

É a probabilidade porcentual de que um teste anormal seja verdadeiro, isto é, corresponda à existência de DAC.

Protocolos de Teste de Esforço

A interpretação da resposta imediata à atividade física depende basicamente da intensidade da carga aplicada segundo determinada padronização.

Os objetivos demandam número mínimo de protocolos, adaptáveis às situações clínicas.

Cicloergômetro e esteira rolante são os ergômetros — instrumentos que permitem medir a potência e o trabalho — habitualmente utilizados.

Protocolo em Bicicleta Ergométrica

A posição sentada e a manutenção do tórax em posição fixa possibilitam, mesmo em exercício, não só a obtenção de traçados de boa qualidade, como também a curva da pressão arterial sistêmica.

O consumo máximo de oxigênio é medido através do nomograma de Astrand-Ryhming, por metodologia direta pela ergoespirometria.

A limitação do TE em cicloergômetro restringe-se ao cansaço dos membros inferiores, o que pode impedir que se atinja a freqüência cardíaca máxima prevista para a idade.

Recentemente introduziu-se o teste de rampa com cargas contínuas incrementadas a cada minuto.

Protocolo em Esteira Rolante

A esteira rolante simula a grande maioria das atividades físicas. Ela permite TE máximo, mais condizente com a realidade da condição aeróbia e anaeróbia geral, pelo maior envolvimento muscular.

A esteira traz a vantagem de permitir adaptação mais adequada às condições físicas individuais em cada faixa etária.

Utilizam-se basicamente quatro protocolos (Tabela 46.5):

1. Ellestad — de forma rotineira e diagnóstica.
2. Naughton modificado — em condições especiais, tais como TE precoce em pacientes com infarto do miocárdio e em ICC.
3. O clínico protocolo de Bruce.

Nos TE máximos, os pacientes são exercitados até a exaustão ou até 100% de sua capacidade aeróbia máxima, utilizando-se a fórmula:

FC máxima = 210 — idade

Nos TE submáximos atinge-se 85% da capacidade aeróbia máxima:

FC submáxima = 195 — idade

Para facilitar a comparação entre os protocolos em esteira, convencionou-se expressar gasto energético em termos de equivalente metabólico (met), sendo que um met corresponde à energia de consumo de O_2 igual a 3,5mL/kg/min em condições de repouso.

Registro Eletrocardiográfico

A derivação fundamental em todo protocolo de TE é bipolar precordial C; M_5, indubitavelmente, a mais sensível e de mais fácil registro com o indivíduo em movimento.

Além desta, utilizamos como rotina pelo menos as derivações D_2 modificada (D_2M) e a derivação V_2 unipolar precordial, idêntica à obtida na eletrocardiografia clássica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 46.5 Protocolos mais Empregados

Protocolo	Estágio	Velocidade	Inclinação	Duração	MET	VO_2 est. (mL/kg/min)
Bruce	1	1,7	10	3	4,7	16,45
	2	2,5	12	3	7,1	24,85
	3	3,4	14	3	10,2	35,7
	4	4,2	16	3	13,5	47,25
	5	5	18	3	17,3	60,55
	6	5,5	20	3	20,4	71,4
	7	6	22	3	23,8	83,8
ModBruce	0	1,7	0	3	1,7	5,95
	1/2	1,7	5	3	2,9	10,15
	1	1,7	10	3	4,7	16,45
	2	2,5	12	3	7,1	24,85
	3	3,4	14	3	10,2	35,7
	4	4,2	16	3	13,5	47,25
	5	5	18	3	17,3	60,55
Naughton	1	1	0	1,8	6,3	8,75
	2	2	0	2	2,5	12,25
	3	2	3,5	2	3,5	15,75
	4	2	7	2	4,5	18,9
	5	2	10,5	2	5,4	22,4
	6	2	14	2	6,4	25,9
	7	2	17,5	2	7,4	16,45
Ellestad	1	1,7	10	3	4,7	25,9
	2	3	10	2	7,4	33,6
	3	4	10	2	9,6	40,95
	4	5	10	2	11,7	53,2
	5	5	15	2	15,2	63
	6	6	15	2	18	

A aplicação mais importante das múltiplas derivações está na localização da região isquêmica.

Este método eleva tanto a sensibilidade do TE pela multiplicidade das derivações e pelos recursos de filtragem — que torna mais ágeis a execução e a interpretação.

Objetivos do TE

Os objetivos fundamentais do TE são:

- avaliação de pacientes com sintomas definidos, determinando grau da resposta isquêmica, sua localização, grau de comprometimento ventricular e grau do trabalho desenvolvido;
- avaliação de pacientes com sintomas atípicos com padrão eletrocardiográfico normal;
- avaliação de pacientes assintomáticos com eletrocardiograma normal em repouso, pela possibilidade da isquemia miocárdica silenciosa;
- avaliação de pacientes assintomáticos com eletrocardiograma sugerindo isquemia em repouso;
- avaliação prévia de pacientes candidatos a revascularização miocárdica e a angioplastia transluminal coronária, como termo de comparação futura;
- avaliação da eficácia terapêutica de drogas antianginosas;
- avaliação de populações com fins epidemiológicos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os objetivos podem ser alcançados com o TE isoladamente ou em associação a outros métodos diagnósticos, como cintilografia miocárdica, ecocardiograma de esforço e ventriculografia radioisotópica.

Contra-indicações

O exercício realizado durante o TE pode provocar complicações, às vezes, graves.

O conhecimento de contra-indicações absolutas e relativas torna-se fundamental para minimizá-las e, principalmente, evitar a mortalidade (Tabelas 46.6 e 46.7).

Tabela 46.6 Contra-Indicações Absolutas para Indicação do Teste de Esforço

1. Infarto agudo do miocárdio com má evolução
2. Angina instável
3. Insuficiência cardíaca descompensada
4. Miocardite ou pericardite agudas
5. Arritmia atrial e ventricular de alta freqüência
6. Tromboflebite ativa
7. Fenômeno embólico recente
8. Hipertiroidismo
9. Anemia severa
10. Aneurisma ventricular importante

Tabela 46.7 Contra-Indicações Relativas para Indicação do Teste de Esforço

1. Estenose aórtica valvar
2. Hipertensão arterial sistêmica com níveis de pressão diastólica de 120 a 140mmHg
3. Insuficiência respiratória
4. Arritmia supraventricular não controlada
5. Marcapasso de freqüência fixa
6. Cardiomegalia importante

Prevenção das Complicações

A disponibilidade de pessoal habilitado e de equipamentos para eventuais emergências é imprescindível.

A prevenção de complicação inicia-se na orientação prévia. Desta forma, recomendam-se:

- repouso habitual na noite que antecede o TE;
- abstenção de qualquer atividade física por 24 horas antes da realização do TE.

Por ocasião da aplicação do TE, exigem-se:

- anamnese e informações clínicas;
- diálogo constante com o paciente;
- alimentação de fácil digestão, duas horas antes do TE;
- atenção aos padrões do desnivelamento do segmento ST;
- interrupção do exercício se o paciente referir cansaço desproporcional;
- as auscultas cardíaca e pulmonar para identificação de eventuais sopros patológicos e ruídos adventícios pulmonares.

Critérios de Suspensão do TE

1. Freqüência cardíaca máxima teórica preconizada.
2. Angina de peito de moderada a severa intensidade.
3. Depressão do segmento ST de 3mm ou mais.
4. Elevação do segmento ST de 3mm ou mais, em ausência de zona inativa.
5. Sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral.
6. Elevação da pressão arterial acima de 240mmHg x 140mmHg, em presença ou não de sintomas.
7. Cansaço físico importante desproporcional ao esforço.

A análise de 170.000TE, por Rochmis e Balckburn, resultou em índice de letalidade de 1/10.000, e de morbidade de 2,4/10.000, valores semelhantes aos observados (1/17.000 e 3,8/10.000) em 80.000TE realizados no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor).

Interpretação do TE

As modificações eletrocardiográficas, constituem o aspecto mais importante pela maioria dos serviços.

O comportamento do segmento ST é indubitavelmente o elemento diagnóstico fundamental, embora outros importantes dados clínicos e respostas cardiovasculares sejam habitualmente realizados.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TE Negativo ou Normal

Caracteriza-se pela normalidade ou equilíbrio do segmento ST, que, mantido junto à linha PQ de base, é geralmente de morfologia ascendente durante a realização do exercício.

O ponto de referência fundamental situa-se no segmento ST, a 0,08s do ponto J, denominado ponto Y (Fig. 46.1). Na resposta normal, o ponto Y não deve ultrapassar 1mm no sexo masculino e 1,5mm no feminino, em relação à linha de base.

Resposta Positiva ou Isquêmica

Caracteriza-se pelo infradesnivelamento do segmento ST de 1mm (homens) e 2mm (mulheres) quando de morfologia horizontal e/ou descendente, e pelo infradesnivelamento do segmento ST de 2mm (homens) e 3mm (mulheres) quando ascendente.

Resposta Isquêmica Intermediária

Uma classificação intermediária resulta de dificuldades de inclusão de certos casos nos dois grupos anteriores, em que as respostas não se enquadram nem nas definidas como normais, nem nas de padrões isquêmicos. Assim, define-se como isquêmico intermediário o TE que apresenta ponto Y = 1mm (homens) e 1,5mm (mulheres), em presença de segmento ST ascendente lento.

Arritmias Induzidas no Esforço

Os distúrbios do ritmo cardíaco induzidos pelo TE ocorrem tanto em portadores de enfermidades cardíacas quanto em indivíduos normais.

As arritmias sustentadas, em geral, determinam sintomas e podem ser documentadas pelo ECG de repouso.

Contudo, arritmias potencialmente severas, freqüentemente assintomáticas; e transitórias, podem ser difíceis de documentar.

Sob estes aspectos, temos adotado os critérios de Chung para a valorização das arritmias esforço-induzidas resumidas a seguir:

1. as arritmias esforço-induzidas; não são, isoladamente, indício de doença cardíaca orgânica;
2. as arritmias cardíacas esforço-abolidas não são necessariamente benignas;
3. as arritmias esforço-induzidas são mais comuns em pacientes com doença cardíaca que em pacientes normais;
4. as arritmias ventriculares não-esforço-abolidas não indicam nem presença nem ausência de coronariopatia, embora o achado favoreça a possibilidade de doença cardíaca;
5. as alterações de condução AV não têm significado clínico.

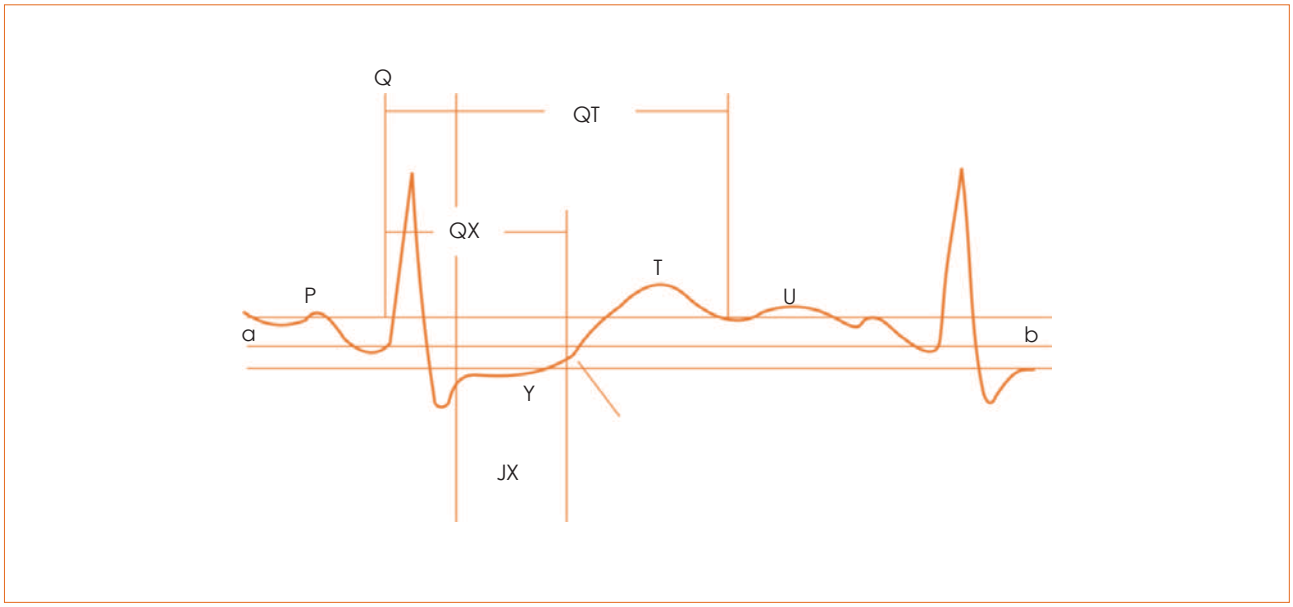


Fig. 46.1 Traçado com os principais valores eletrocardiográficos. Ponto X situado no cruzamento com a linha de base. Ponto Y situado a 0,08s do ponto J.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

6. A ocorrência de distúrbios de ramo freqüência-dependente isoladamente não é sinal de coronariopatia.

Na Fase de Recuperação

Nos portadores de doença arterial coronária, ao contrário do que ocorre, em geral, entre os indivíduos normais, a atividade ventricular ectópica pode se manifestar mais intensamente na fase de recuperação. É possível que o fenômeno ocorra por isquemia miocárdica residual devido a um consumo adicional de O_2.

Significado do Prognóstico

Em indivíduos presumivelmente normais, o aparecimento de arritmias, ventriculares simples ou complexas esforço-induzidas não produz eventos cardíacos subseqüentes. Contudo, se ocorrem taquiarritmias ventriculares sustentadas e reproduzíveis torna-se necessária a investigação de formas subclínicas de miocardiopatias ou isquemia miocárdica silenciosa.

Reprodutividade das Arritmias Esforço-Induzidas

Os distúrbios do ritmo cardíaco induzidos pelo exercício não apresentam o grau de reprodutibilidade que seria de se esperar. Este fato tem importância prática quando se utiliza o TE para avaliar a resposta terapêutica de agentes antiarrítmicos.

Atualmente temos utilizado o sistema Holter acoplado ao TE, quando se admite maior risco de morte súbita, especialmente em pacientes que apresentam arritmias ventriculares detectadas em ambos os métodos.

Fatores Associados que Aumentam a Especificidade do TE

Magnitude de Alteração Isquêmica

A magnitude da depressão do segmento ST expressa, com freqüência, os diferentes graus de isquemia miocárdica. A correlação mostra-se mais sensível em indivíduos do sexo masculino.

Assim sendo, desníveis acentuados do segmento ST sugerem maior número e gravidade de lesões coronarianas.

Morfologia do Segmento ST

Valoriza-se mais o infradesnível do segmento quando de aspecto descendente, menos o de horizontal e ainda menos o de ascendente. Em casos de real coronariopatia, o infradesnível ascendente correlaciona-se, com freqüência, aos menores número e grau de lesões coronárias, enquanto o infradesnível horizontal ou descendente aparece predominantemente em caso de maior gravidade da doença. Esta correlação é válida não somente para diagnóstico, como também para prognóstico.

Duração da Depressão Isquêmica

A manutenção da depressão isquêmica na fase de recuperação indica maior gravidade da lesão e/ou comprometimento da função ventricular esquerda mais acentuada.

Precocidade de Aparecimento da Depressão Isquêmica

Quanto mais precoce no desenvolvimento do TE, maiores o número e o grau de lesão a se suporem nas artérias coronárias.

Supradesnível do Segmento ST

Indica lesão crítica em artéria descendente anterior ou com hipertrofia miocárdica acentuada. Contudo, em presença de infarto de miocárdio pregresso de parede anterior, o achado corresponde mais habitualmente à presença de área de discinesia comprometida.

Aumento da Amplitude da Deflexão da Onda R

Foi identificado durante o esforço em apenas 17% de 183 indivíduos normais por nós analisados, demonstrando que sua presença contribui em associação com outros parâmetros isquêmicos para aumentar a sensibilidade do TE.

Deve-se frisar, entretanto, que atinge de 40% a 50% o percentual de pacientes com coronariopatia obstrutiva que apresenta a resposta considerada normal de diminuição da amplitude da deflexão da onda R durante o TE. Quando o aumento da amplitude de R aparece associado, a evidente depressão representa maior gravidade das lesões arteriais.

Amplitude da Deflexão Q

À medida que aumenta a freqüência cardíaca, aumenta a amplitude da deflexão Q pela maior ativação da região septal durante o TE.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Morales-Ballejo e col. admitem boa correlação entre a diminuição da amplitude da deflexão Q e isquemia induzida ao TE, por lesão da artéria descendente anterior. Admitem que o desnível do segmento ST associado relaciona-se à verdadeira resposta positiva, enquanto o aumento da deflexão Q pode, se concomitante, corresponder à resposta falso-positiva.

Inversão da Onda U

É incomum o aparecimento de inversão da onda U durante o TE, inclusive de difícil visualização. Caso ocorra, apresenta grau expressivo de especificidade para o diagnóstico de isquemia miocárdica.

Manifestações Clínicas

O aparecimento de angina de peito durante o TE é dado importante. Weiner e col. verificaram que angina esforço-induzida é quase tão indicadora de isquemia quanto as alterações do segmento ST, sendo ponto obrigatório a considerar na capacidade de diagnóstico do TE.

Portanto, a ocorrência de alterações eletrocardiográficas durante o TE, associadas a sintomas como angina de peito e a sinais clínicos de débito cardíaco diminuído, eleva de maneira significativa a especificidade do TE.

Estes dados, contudo, são de difícil interpretação quando analisados isoladamente.

Respostas Cardiovasculares

As respostas que favorecem a especificidade do TE estão representadas especialmente pela baixa resposta da freqüência cardíaca, da PA sistólica, do duplo produto (FC x PAS) e pelo mau desempenho físico, bem como pelo aumento da PA diastólica.

Baixa Resposta Cronotrópica

Sua ocorrência auxilia o diagnóstico de isquemia coronária. A evidência de baixa resposta da freqüência cardíaca durante o TE, em indivíduos destreinados, em ausência de medicamento do tipo beta-bloqueador, quando associada a depressão isquêmica evidente, melhora a correlação diagnóstica.

Resposta Deprimida da Pressão Arterial Sistólica

Sua análise contribui para melhorar a especificidade do TE.

Resposta do Duplo Produto

O produto da pressão arterial sistólica pela freqüência cardíaca reflete o oxigênio consumido pelo miocárdio. É utilizado na análise comparativa de um mesmo indivíduo, para avaliação terapêutica medicamentosa, prescrição de exercício e de procedimento, tais como evolução da revascularização miocárdica. Por exemplo, nos indivíduos anginosos, seus valores decrescem com o progredir do processo coronariano; nos infartados, por outro lado, as cifras permanecem inalteradas em relação ao número de artérias lesadas, e nos hipertensos ocorre uma nítida elevação.

Desempenho Físico

Constitui importante referência quando analisado em associação com os demais dados obtidos no TE.

Vários autores enfatizam seu valor prognóstico na cardiopatia isquêmica, principalmente quando associado a baixos níveis de desempenho físico, angina de peito, desnível do segmento ST e resposta cronotrópica deprimida.

O TE é importante método não-invasivo para diagnóstico e avaliação clínica em portadores de cardiopatia isquêmica.

Não se justifica, atualmente, a análise do TE apenas em relação ao segmento ST, exigindo considerações em relação às modificações da deflexão Q, R, associadas a sintomas de angina de peito, dispnéia, sinais clínicos de débito cardíaco diminuído, arritmias esforço-induzidas e desempenho físico inadequado.

Prescrição do Exercício

De posse do teste ergométrico e na ausência de modificações significativas no traçado eletrocardiográfico, a prescrição do exercício se torna bem objetiva. O paciente é instruído a verificar sua freqüência cardíaca (FC) de repouso (FCrep). A FCmáx. é aquela observada por ocasião do limite do esforço máximo alcançado na prova ergométrica. Com base na fórmula de Karvonen, obtém-se a FC de treinamento (FCt):

$$FCt = FCrep + [\ X\ (FCmáx. — FCrep)]$$

onde X é o percentual do treinamento a ser estabelecido (variável entre 60% e 85% em pacientes normais e assintomáticos).

Ex: Paciente com FCrep = 60 e FCmáx = 180 (obtido pelo teste de esforço). Sua FCt com X = 60%, recomendada no início da atividade física, será de 132bpm e 85% será igual a 162bpm.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os benefícios de uma atividade física programada e sistemática são largamente conhecidos (Tabelas 46.8 e 46.9); no entanto, os pacientes que estiverem incluídos num dos seis grupos destacados a seguir deverão necessariamente estar sujeitos a controle médico:

Tabela 46.8 Efeitos do Treinamento Físico em Indivíduos Sadios e as Coronariopatias

Coração
Circulação • diminui a resistência periférica total • modificação na distribuição do fluxo sangüíneo total
Músculo • melhor eficiência mecânica • aumento da capilarização • aumento das atividades enzimáticas • hipertrofia
Pulmão • aumento da capacidade funcional pulmonar • melhora ventilação/perfusão
Efeitos psicológicos e sociais • melhora da capacidade de trabalho • melhora da imagem de si próprio • redução da ansiedade e depressão • melhor sensação de bem-estar • melhora do ritmo de sono, apetite
Outros efeitos • aumento do volume sangüíneo total • aumento no total de hemoglobina • melhor eficácia da reserva alcalina • diminuição do percentual de gordura corporal • diminuição do peso corporal total • maior tolerância à acidose láctica • relaxamento muscular generalizado • facilidade da liberação de calor

Tabela 46.9 Alterações no Sistema Cardiovascular Induzidas pelo Condicionamento Físico

Em repouso • diminuição da freqüência cardíaca • aumento do volume sistólico • aumento da contratilidade miocárdica • hipertrofia cardíaca
Durante exercícios submáximos • diminuição da freqüência cardíaca • aumento do volume sistólico • aumento da contratilidade miocárdica • diminuição do duplo produto • pequena alteração no débito cardíaco
Durante exercícios máximos • aumento do VO_2 máx. • aumento do débito cardíaco • aumento do volume sistólico • nenhuma alteração na freqüência cardíaca máxima • aumento da diferença arteriovenosa

1. resposta alterada das variáveis cardiorrespiratórias no teste ergométrico, bem como presença de sinais indicativos de disfunção do ventrículo esquerdo, como o não-incremento da PA sistólica durante a prova de esforço (menos de 30mmHg) e a manutenção de PA diastólica superior a 120mmHg;
2. modificações no ECG, como o desenvolvimento de arritmias ventriculares complexas, multifocais, salva de extra-sístoles ventriculares, taquicardia ventricular, desnível do segmento ST maior que 2mm, bloqueio AV ou de ramo esquerdo durante o esforço;
3. presença de angina concomitante ou não com sinais de isquemia do miocárdio e capacidade funcional menor do que 7 met;
4. capacidade funcional menor do que 5 met (17,5L/kg/min), mesmo sem nenhuma outra contra-indicação;
5. história familiar de morte súbita, infarto do miocárdio recente, uso de marcapasso de freqüência fixa, relato de síncopes sem diagnóstico correto, estresse aórtico grave, hipertrofia septal assimétrica e outras cardiopatias congênitas;
6. condições não-cardíacas, como problema do aparelho locomotor, obesidade, anemia acentuada, diabetes descompensada, hipertireoidismo, necessitariam inicialmente de um controle adequado para então dar início ao condicionamento cardiovascular.

Todo paciente em programa não supervisionado deve consultar o seu médico de três em três meses, sendo avaliado inclusive com exames complementares, a fim de receber as informações necessárias para progredir com sua atividade, manter o mesmo nível de esforço, diminuir sua intensidade ou até interrompê-la.

Efeitos Sistêmicos e Benefícios do Treinamento Físico no Idoso

A principal função do treinamento não se baseia exclusivamente no aumento do rendimento físico

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de um indivíduo, mas também terá como importância fundamental a prevenção, conservação e conseqüente melhora da saúde, da capacidade funcional, do desempenho e o combate às doenças degenerativas.

O envelhecimento, o estilo de vida sedentário e as doenças contribuem para a redução da capacidade física do idoso. É reconhecido que a atividade física regular no idoso incrementa a saúde, facilita e promove contatos sociais.

No entanto, estimular o idoso à prática de atividade física não é tarefa simples e exige grande motivação do profissional de saúde. Para tanto, é necessário que este profissional esteja atualizado quanto aos efeitos benéficos, às dificuldades e às peculiaridades de orientação do condicionamento físico do geronte.

Benefícios do Condicionamento Físico

O benefício mais palpável do condicionamento físico é o aumento da capacidade física com repercussões evidentes sobre a qualidade de vida. Outros benefícios são referidos, apesar de persistirem controvérsias acerca da intensidade do exercício necessário para promovê-los.

O envelhecimento é acompanhado de declínio linear da capacidade funcional máxima do sistema cardiovascular. A capacidade aeróbia máxima de O_2máx. é freqüentemente usada como indicadora deste declínio. O sistema cardiovascular contribui para a capacidade aeróbia máxima através dos componentes central (débito cardíaco) e periférico (diferença arteriovenosa).

A baixa capacidade funcional é a principal determinante para a admissão do idoso numa instituição, embora existam precipitantes sociais. A redução funcional toma-se visível não só na dificuldade de realizar atividade física, como também na realização de afazeres rotineiros, comprometendo a qualidade de vida do geronte. Assim, por exemplo, a diminuição do poder aeróbio no idoso sedentário atinge 20% a 30% por volta dos 70 anos, e aos 80 anos pode significar uma deterioração tal que prejudique atividades importantes como vestir-se, subir escadas, levantar-se e sentar-se. A participação em programa de condicionamento físico leva a um incremento da capacidade aeróbia de pelo menos 20%, equivalente a uma redução de dez a 20 anos na idade funcional.

Risco Cardiovascular

Os fatores de risco cardiovascular exercem influência no idoso e o seu controle parece ser facilitado com o condicionamento físico.

A população idosa apresenta aumento dos níveis séricos de LDL colesterol, enquanto os níveis de HDL colesterol se mantêm inalterados. Tem sido verificado em vários estudos que o treinamento induz ao aumento de HDL colesterol, e isto parece ser mais importante no geronte do que a diminuição do LDL colesterol.

A prevalência de hipertensão no idoso é de 50%. Recomenda-se exercício físico para o controle de hipertensão arterial, embora haja controvérsias sobre este benefício quando se estuda o comportamento da pressão arterial durante 24 horas.

Obesidade e diabetes também são freqüentes no geronte, e seus controles, assim como supressão do tabagismo e redução do estresse psicológico, são facilitados pelo condicionamento físico.

Além desses efeitos sobre os fatores de risco, algumas outras possíveis ações são atribuídas ao condicionamento físico e têm particular importância em portadores de doença coronária. Entre estas ações, destacam-se: redução da coagulação sangüínea, redução da isquemia e aumento da tolerância à angina induzidos pelo exercício, pelo aumento do diâmetro arterial e capilarização do sistema coronariano, e pelo aumento do limiar para arritmias cardíacas. A soma destes benefícios poderia retardar a evolução da arterioesclerose e diminuir o risco relacionado a esta condição.

Comportamento Psicossocial

As pessoas idosas tendem ao isolamento. Ademais, o envelhecimento se acompanha, na maioria das vezes, de aumento do cansaço subjetivo com conseqüente diminuição da atividade rotineira, da motivação e da velocidade de locomoção. O condicionamento físico leva à melhora do convívio e da integração social. Além disso, há evidências de promoção de melhora do humor, da auto-estima e da autoconfiança. O exercício pode ser, também, coadjuvante na terapêutica da depressão e da ansiedade.

Avaliação

A fim de prevenir a ocorrência de problemas decorrentes do condicionamento físico, são indispensá-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

veis a avaliação rigorosa e a vigilância constante durante o programa, devendo-se incluir, além dos exames clínicos, cardiológicos, laboratoriais e ergométricos, e o exame fisiátrico.

Condições Ambientais

Muitos idosos têm dificuldades de adaptação ambiental. Assim, por exemplo, riscos de falência cardíaca e acidentes agudos são aumentados quando os exercícios vigorosos são executados em condições de calor excessivo. O frio pode levar à vasoconstrição cutânea, ao aumento da pressão arterial e à vasoconstrição coronariana reflexa, propiciando o aparecimento de isquemia miocárdica.

Conclusão

O sucesso de um programa de condicionamento físico depende do nível de motivação do participante, que por sua vez depende do conhecimento dos seus benefícios e do prazer na prática das atividades.

O condicionamento físico pode reduzir as conseqüências do envelhecimento e das doenças, bem como é capaz de propiciar redução do risco cardiovascular e melhorar a qualidade de vida.

Bibliografia

1. Alfieri RG, Duarte GM. Efeitos sistêmicos; e benefícios do treinamento físico. In: Alfieri RG, Duarte GM (eds.). Exercício e o coração. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993. p. 413.
2. Alfieri RG, Duarte GM. Princípios do teste de esforço na reabilitação cardíaca. ln: Alfieri RG, Duarte GM (eds.). Exercício e o coração. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993. p. 93.
3. Alfieri RG, Duarte GM. Morte súbita durante atividade física. ln: Alfieri RG, Duarte GM (eds.). Exercício e o coração. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993. p. 478.
4. Alfieri RG, Duarte GM. Exercício físico. Arq. Bras. Cardiol; 1990; 55(4):221.
5. American College of Cardiology. Recommendations of the American College of Cardiology on cardiovascular rehabilitation. J Am Coll Cardiol; 1986; 7: 451.
6. Astrand PO, Rodahl K. Tratado de fisiologia do exercfcio. 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
7. Batlouni M. Terapêutica cardiovascular no idoso. Arq Bras Cardiol; 1988: 51(1):23.
8. Carvalho Filho ET. Medicina preventiva no idoso. Rev Brás Clin Terap; 2004; 29 (1): 8.
9. Davidson RA. Hypertension in the elderly. Clin Med North Am; 73(6):1471; 1989.
10. Fleg JL, Kennedy HL. Cardiac arrythmias in healthy elderly population. Chest; 1982; 81:302.
11. Fries JK. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med; 1980; 303:130.
12. Godoy M, Alfieri RG, Papaléo Netto M. Eletrocardiografia de esforço. In: Del Nero Jr, Papaléo Netto M, Moffa P. Semiologia cardiológica não-invasiva. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Médicas; 1979. p. 53.
13. Goldberg TH, Chavin SI. Preventive medicine: a screening in older adults. J Am Geriatr Soc; 1997. 45: 344.
14. Gottlieb S. Gerstenblith G. Silente myocardial ischemia in elderly: current concepts. Geriatrics; 1988; 43(4):29.
15. Hanson P. Orientações para prescrição do exercício para população normal e cardíaca. In: Clínica cardiológica. São Paulo: Interlivros; 1987.
16. Lee IM, Rexrode K, Cook N et al. Physical activity and CHD in womun. Is no pain, no gain passé? JAMA; 2001; 285: 1447.
17. Lolio CA, Laurenti R. Decline in cardiovascular disease in the city of São Paulo, Brazil, 1970 to 1983. Rev. Saúde Públ; 1986; 20(6): 454.
18. Matsudo SM. Atividade física. In Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento: promoção e prevenção de saúde. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 57.
19. Mohr DN. Estimation of surgical risk in the elderly: a correlative review. J Am Geriatr Soc; 1983; 31:99.
20. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Figueira JL et al. Alterações lipídicas em idosos portadores de complicações da aterosclerose. Arq Bras Cardiol; 1988; 50(1):11.
21. Pasini U, Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Principais cardiopatias. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 133.
22. Prystowsky EN. Antiarrythmic therapy for assymptomatic ventricular arrythmias. Am J Cardiol; 1988; 61:102.
23. Rahal MA, Sguizzatto GT. Exercício físico. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo. Atheneu; 2005. p. 699.
24. Ramos LR, Saad PM. Morbidade da população idosa. In: Coleção Realidade Paulista: O idoso na Grande São Paulo. Seade; 1990.
25. Rochmis P, Blackburn H. Exercise Tests: a survey of procedures, safety and litigation experience in approximately 170.000 tests. JAMA; 1971; 217:1061.
26. Serro-Azul LG, Carvalho Filho ET, Friediman A. O primeiro contato com o paciente. In: Serro-Azul LG, Carvalho Filho ET, Décourt LV (eds.). Clínica do indivíduo idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981. p. 12.
27. Seals DR, Hagberg JM. The effect of exercise training on human hypertension: a review. Med Sci Sports Exerc; 1984; 16 (3): 207.
28. Skinner JS. General principles of exercise prescription. In: Exercise testing and exercise prescription for special cases. Philadelphia: Lea e Febiger; 1987.
29. Vivacqua R, Hespanha R. Reabilitação cardiovascular e prescrição de exercício. In: Vivacqua R, Hespanha R (eds.). Ergometria e reabilitação cardíaca. Medsi. Rio de Janeiro: Medsi; 1982. p. 361.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

47 Reabilitação em Geriatria

Matheus Papaléo Netto
Denise Rodrigues Yuaso

Introdução

O processo normal, fisiológico, do envelhecimento não pode, *per se*, ser considerado patológico ou incapacitante, porém parcela bastante significativa da população idosa desenvolve disfunções ou incapacidades. Freqüentemente, tais disfunções encontram-se associadas não somente a esta perda progressiva dos sintomas orgânicos, mas também às múltiplas condições mórbidas e patológicas que podem estar associadas à terceira idade.

Segundo estatísticas americanas de 1982, os indivíduos com mais de 65 anos apresentam duas vezes mais incapacidade em relação à população geral, quatro vezes mais limitação das atividades, visitam o médico 45% mais freqüentemente e apresentam internações hospitalares duas vezes mais amiúde e 50% mais demoradas que os indivíduos com idade menor que 65 anos.

Sem dúvida, atualmente, os processos patológicos crônicos e/ou incapacitantes, particularmente na população geriátrica, constituem-se um grande desafio para as estruturas de saúde, uma vez que estas são muito mais adaptativas tecnologicamente para a solução de quadros agudos.

Muito já se falou sobre a correlação entre idade superior a 65 anos e a maior incidência de processos patológicos crônicos e/ou múltiplos. Embora não esteja comprovada a correlação entre tais processos patológicos e incapacidade, a prática tem demonstrado que um significante porcentual desta população apresenta algum tipo de queixa ou limitação funcional, quer em atividades diárias, quer em mobilidade, quer em quaisquer outros aspectos funcionais. De fato, em torno de 60% da população adulta portadora de limitação funcional, conseqüente a processos crônicos, tem mais de 65 anos de idade.

Enquanto a freqüência de processos agudos decresce, a prevalência de quadros crônicos e a incapacidade resultante, tanto dos primeiros como dos últimos, aumenta com o avançar dos anos. As três condições mais freqüentemente associadas à incapacidade em pessoas com mais de 65 anos são: artropatias, hipertensão arterial sistêmica sistólica e/ou diastólica e cardiopatias, as quais apresentam, respectivamente, prevalência de 47,2%, 41,4% e 30,4%. Estes dados tornam-se ainda mais expressivos quando se sabe que, para o conjunto de todos os grupos etários, essas proporções são, respectivamente, de 2,8%, 12,5% e 8,2%. Deve ser ressaltado também que a presença de múltiplas afecções associadas em uma mesma pessoa aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais atividades da vida diária (AVDs) em pessoas idosas de ambos os sexos. Segundo o *National Health Interview Survey*, de 1984, quando apenas uma condição patológica está presente, somente cerca de 5% da população idosa apresenta uma ou mais dificuldades nas AVDs. Este percentual

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cresce rapidamente à medida que aumenta o número de doenças associadas, atingindo 55% entre homens e 65% entre mulheres.

A plasticidade, reversibilidade ou, melhor, a capacidade de modificação deste processo tem sido largamente comprovada. A literatura mostra, ainda, que o desempenho de um indivíduo, em qualquer atividade, pode ser melhorado independentemente da idade e com relativamente poucos recursos. Assim, por exemplo, é sabido que o exercício físico pode diminuir os níveis de pressão arterial e melhorar o débito cardíaco, bem como retardar, senão reverter, as alterações relacionadas com a idade na função sináptica e na velocidade de condução nervosa.

O clínico deve, portanto, estar atento às alterações fisiológicas do envelhecimento para uma melhor compreensão dos processos patológicos desse paciente. Além de influenciarem de maneira significativa em sua manifestação clínica, podem também interferir nas respostas ao tratamento e no aparecimento de complicações ou até de seqüelas. Da mesma forma, tal percepção, de um lado, permite a melhor avaliação das perdas funcionais, que por vezes se instalam em conseqüência dessas afecções, e, de outro, a formulação de propostas de reabilitação, seja com fins preventivos ou terapêuticos.

Definição e Objetivos da Reabilitação

Reabilitação pode ser definida como o processo para o desenvolvimento da máxima capacidade física, psíquica, social, vocacional ou educacional de um indivíduo, considerando suas limitações de qualquer ordem, sejam elas fisiológicas, anatômicas, ambientais etc.

Visando desde a preservação da função ao adiamento da instalação de incapacidades através de medidas preventivas, a reabilitação tem ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidade ou disfunção, promovendo um modo de vida mais saudável, e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida.

Muito embora os recursos reabilitacionais venham recebendo cada vez mais atenção por parte das estruturas de saúde, ainda não são adequadamente compreendidos ou utilizados na prática gerontológica. Tais recursos compreendem desde hospitais gerais, hospitais de retaguarda, até atendimento ambulatorial em serviços de ambulatórios especializados ou em serviços generalistas, dando apoio ao atendimento clínico. Como resultado desta condição, os especialistas em reabilitação permanecem restritos aos cuidados de pacientes portadores de grandes incapacidades. Raramente outras circunstâncias, tais como as causadas por disfunções crônicas, são encaminhadas a tais recursos.

No Brasil, a exemplo do que acontece em vários países, o médico reabilitador trabalha, desde há muito, como consultor ou como retaguarda nas estruturas de atenção à saúde do paciente idoso. Como consultor, a atuação do médico de reabilitação ocorre predominantemente fornecendo ao clínico subsídios complementares ao tratamento de seu paciente. Como retaguarda, o fisiatra trabalha dando atendimento ao idoso portador de incapacidade, com aporte reabilitacional, trabalhando conjuntamente com a equipe interdisciplinar

No entanto, sua atuação dentro de centros especializados de reabilitação geriátrica inexiste em nosso país. Mesmo em hospitais-dia geriátricos, que já utilizam o trabalho em equipe interdisciplinar, a figura do fisiatra ainda é pouco encontrada.

Nas estruturas de reabilitação, como nos centros de reabilitação ou serviços especializados, trabalha-se, predominantemente, na atenção à saúde do indivíduo portador de deficiência. Desta forma, somente o idoso portador de deficiência física e o indivíduo que envelhece tinham acesso a tais serviços.

Princípios Peculiares à Reabilitação

Nos últimos anos, a medicina de reabilitação vem tentando introduzir uma "atitude reabilitacional" nas estruturas de saúde do idoso. Esta consiste em alguns princípios peculiares e que compõem um processo interativo de saúde, na qual:

- valorizam-se ganhos funcionais tanto quanto a perspectiva de melhora clínica ou de eliminação da doença;
- adotam-se procedimentos terapêuticos considerando a identidade biopsicossocial do paciente, objetivando seu máximo grau de independência e liberdade de escolha em seu estilo de vida;
- elaboram-se diagnósticos funcionais que objetivam sempre a reintegração na comunidade;
- trabalha-se em equipe interdisciplinar de forma a ampliar recursos terapêuticos e adaptá-los, caso necessário;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- estabelecem-se objetivos funcionais amplos e individualizados, procurando habilitar o indivíduo em suas atividades e, caso não seja possível, adequar tais atividades às possibilidades funcionais deste.

A partir destas premissas, a aplicação do processo de reabilitação esbarra em alguns estereótipos que podem dificultar tais procedimentos. O principal deles, nos parece, é a identificação dos gerontes portadores de incapacidades como um grupo homogêneo e claramente delineado. Torna-se necessário, portanto, a consideração de alguns aspectos essenciais, como:

- a definição de indivíduo idoso é extremamente variável em relação à época e à cultura de uma população;
- os indivíduos considerados idosos apresentam muito mais diferenças entre si do que semelhanças.

Avaliação para Fins de Reabilitação

A avaliação para fins de reabilitação deve ser, portanto, a mais ampla possível, de modo a incluir não só os aspectos relativos ao estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas, acima de tudo, a pesquisa dos vários diagnósticos pertinentes a esse indivíduo e como estes interferem ou afetam todos os aspectos de sua vida. Dentro de uma visão holística do idoso, procura-se abordar os aspectos sociais e psicológicos, que serão analisados mais adiante.

De uma maneira didática, pode-se dizer que a observação médica em reabilitação busca estabelecer quatro diagnósticos essenciais: clínico, funcional, psicológico e social do indivíduo.

Avaliação Clínica

Na avaliação clínica, o médico examinador preocupa-se com outros diagnósticos clínicos, além dos habitualmente pesquisados, que possam, de alguma forma, influenciar ou determinar alterações em aspectos funcionais.

Estado Geral do Paciente

Quando o médico faz sua avaliação, procura verificar aspectos posturais, cognitivos, do estado de ânimo, como fatores que podem interferir no estado geral do paciente.

Na avaliação de pele e anexos, procura-se detectar a presença de escaras, *rushes* cutâneos, outras soluções de continuidade da pele, hiperqueratose dolorosa, calosidade ou outros processos patológicos que interferem em funções essenciais, como, por exemplo, o uso de um calçado, apoio estático ou dinâmico durante a marcha etc.

Sistema Sensorial

Devem ser avaliados: acuidade visual, uso compensatório de aferência visual, *déficit* auditivo, disfagia, presença de prótese auditiva ou dentária.

Sistema Respiratório

São fundamentais o estabelecimento do padrão ventilatório, desde a expansibilidade à elasticidade torácica, a análise da coordenação entre inspiração e expiração, e a presença de alterações como dispnéia, tosse, sinais de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e suas repercussões. Para efeito de uma análise mais correta deve ser lembrado que o idoso apresenta com freqüência acentuação da cifose no nível da coluna torácica e aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, sinais que, entretanto, não indicam, obrigatoriamente, ser o geronte portador de DPOC.

Sistema Cardiovascular

Devem ser observados os sinais e sintomas de insuficiência vascular arterial e/ou venosa, além da eventual presença de aneurisma da aorta abdominal por meio da palpação do abdômen. Devem ser pesquisados sinais de doença cardíaca ou de disfunções, como, por exemplo arritmias cardíacas. Há necessidade, também, de apurar causas de precordialgias, dispnéia etc., quando estes sintomas estiverem presentes.

Para se fazer uma análise rigorosa dos achados, é preciso ter em mente que em pessoas idosas os sinais cardíacos são habitualmente menos evidentes que os encontrados em indivíduos mais jovens. Assim, podem estar presentes diminuição da intensidade do choque da ponta, hipofonese de bulha e quarta bulha — esta por diminuição da complacência miocárdica —, sem que estes achados tenham necessariamente significado patológico. O mesmo raciocínio se aplica ao estalido protossistólico, que é resultado da dilatação e da perda da elasticidade da aorta, e o sopro sistólico, presente em 60% dos idosos. É óbvio que,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

perante estes sinais, o médico deverá utilizar todos os meios disponíveis para apurar a causa.

Sistema Digestório

Inicia-se pela avaliação do abdômen, que considera, além das informações obtidas pela propedêutica clássica — inspeção, palpação, percussão e ausculta —, aspectos como volume do abdômen, presença de hemiações, de hepato e/ou esplenomegalia, de massas tumorais, ostomias etc. Além disso, interroga-se sobre a existência de obstipação, disfunção gástrica ou intestinal, ou de lesões anorretais.

Sistema Geniturinário

A investigação compreende desde aspectos anatômicos até alterações patológicas, como presença de prolapsos ou insuficiências musculares em pacientes do sexo feminino. Em doentes do sexo masculino, deve constar na ficha clínica o exame da próstata por meio do toque retal, com o intuito de detectar eventual aumento de volume e consistência ou a existência de nódulos digestivos de neoplasia de órgão.

Exame Neurológico

Trata-se de um exame predominantemente neuropsicomotor, através do qual são avaliadas questões específicas, quais sejam, praxias, esquema corporal, posicionamento do corpo no espaço, aspectos de propriocepção, coordenação, equilíbrio, *déficits*; motores e sua distribuição.

Exame Osteomioarticular

Estima-se que 30% a 40% dos pacientes idosos procuram atendimento médico devido a sistemas osteomioarticulares. Por esse motivo, processos mórbidos caracterizados por dor, fenômenos inflamatórios e impotência funcional das articulações devem ser pesquisados. Deve ser avaliado, também, o sistema muscular quanto à presença de fraqueza, contraturas e atrofias musculares. A coluna deve ser observada quanto à possibilidade de desvios, acentuação da cifose torácica, redução da lordose lombossacra e escoliose. A coluna cervical merece atenção especial, uma vez que processos nela localizados podem originar dor não só nessa região como também na occipital, e sensações parestésicas em membros superiores.

Avaliação dos Aspectos Funcionais

Quanto aos aspectos funcionais, avaliam-se fundamentalmente a locomoção, a amplitude, a força e a qualidade dos movimentos, além dos distúrbios da marcha.

Locomoção

Locomoção pode ser definida como a atividade funcional utilizada pelo indivíduo para mobilidade e deslocamento no espaço. Tal habilidade pode ser conseguida não somente pela marcha ou deambulação, com ou sem meios auxiliares, mas com cadeira de rodas ou outras adaptações, motivo pelo qual constitui capítulo à parte numa análise funcional.

Amplitude de Movimento

A amplitude de movimento é medida através da goniometria — procedimento avaliativo dos ângulos de movimento articular nos vários planos. Tal parâmetro fornece importante subsídio, pois avalia, em última instância, o modo pelo qual os diversos segmentos do corpo do paciente são capazes de tolerar movimentação ativa ou passiva.

Força e Qualidade dos Movimentos

Para avaliação da força e qualidade dos movimentos são realizadas provas de força de um movimento através dos testes musculares manuais. Já a qualidade destes movimentos será primeiramente observada por meio de uma verificação clínica simples e, a seguir, testada com provas de coordenação.

Marcha

A fim de analisar um padrão de marcha, diagnosticar eventuais distúrbios e compreender as eventuais intervenções terapêuticas — órteses, meios auxiliares, calçados adaptados etc. —, é essencial compreender a biomecânica e a fisiologia da marcha. Os mais importantes aspectos a serem avaliados de forma sintética são os pontos do ciclo da marcha, as fases dos ciclos da marcha, os determinantes da marcha, a atividade muscular e o gasto energético envolvidos, entre outros aspectos biomecânicos.

Outras Avaliações Funcionais

Pesquisa-se, ainda, o desempenho em atividades da vida diária (AVDs). Esta análise caracteriza-se por

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sua especificidade e individualização, motivo pelo qual é feita não só através da investigação, mas também com o recurso de simulação de tais atividades.

Na avaliação de funções orovegetativas detecta-se a presença ou necessidade do uso de próteses e sua repercussão na deglutição, na mastigação, na coordenação de ambas etc.

A função da alimentação é avaliada não só do ponto de vista da realização, mas também dos gêneros de nutrientes que são consumidos na dieta, sua distribuição pelo dia e suas conseqüências em ganho e perda ponderal. O leitor interessado sobre os aspectos nutricionais do idoso, necessidades em nutrientes, condutas dietéticas etc. poderá se reportar aos Capítulos 34 a 37, que versam sobre o assunto neste livro.

As eliminações são investigadas, desde o modo de sua realização até aspectos relativos ao hábito e à presença ou não de incontinência ou retenção.

É importante incluir, também, a história da função sexual na avaliação, dada a incidência significativa de disfunção em pessoas idosas, objetivando correlacioná la com aspectos tanto clínicos quanto funcionais.

Ainda dentro da avaliação funcional, é essencial a investigação sobre a função do sono, tanto em relação às suas características próprias — duração, qualidade, ritmo —, quanto à sua influência sobre o desempenho global do paciente. O leitor poderá encontrar detalhes sobre esta função, no Capítulo 28.

Avaliação Psicossocial

Em complemento à investigação funcional, é de fundamental importância o estabelecimento de diagnósticos psicossociais que incluam questões de avaliação específica, mas também uma abordagem mais global, na qual sejam esclarecidas questões relativas ao lazer, ao relacionamento familiar, às atividades comunitárias, entre outras. O diagnóstico psicossocial serve a duas finalidades básicas: na primeira contribui para um diagnóstico global da equipe, que se torna a base para os objetivos reabilitacionais e o tratamento; em segundo lugar, determina problemas psicológicos e/ou sociais passíveis de intervenção terapêutica destas áreas, ou seja, terapia psicológica e terapia de assistência social.

É importante lembrar que um dos valores da nossa sociedade é que os indivíduos devam ser capazes de levar uma vida significativa e que o bem-estar de uma sociedade está diretamente ligado ao bem-estar de seus membros individualmente. Em conformidade com a atual abrangência da assistência médica e de reabilitação, é de fundamental importância ver o paciente em termos de seu funcionamento social passado e presente, ou seja, considerar seus aspectos físicos, mas também seus sentimentos a respeito deles e a respeito de si próprio e seu relacionamento com as outras pessoas, bem como o meio no qual vive e funciona.

Tendo estabelecido tais diagnósticos — e, para tanto, quando necessário, utilizando a observação dos outros componentes da equipe interdisciplinar de maneira dinâmica —, o médico reabilitador pode, juntamente com os outros profissionais da equipe, elaborar as propostas terapêuticas cabíveis, a partir de objetivos reabilitacionais previamente definidos.

Tais objetivos deverão, então, ser levados a termo através da eleição de recursos de reabilitação os mais adequados e da maneira mais completa possível.

Terapêutica

Para a correta indicação terapêutica e sua condução é indispensável ao médico de reabilitação o conhecimento mais profundo dos diversos recursos de que dispõe, de forma a não subutilizá-los, ou superestimá-los, como freqüentemente ocorre. Além disso, é muito importante que se mostre aberto à discussão e ao intercâmbio com os outros profissionais com quem trabalha. Deve também ter a mesma postura quanto à eleição do arsenal terapêutico disponível, de forma a não limitar, mas, ao contrário, ampliar as possibilidades para o tratamento do doente.

O médico de reabilitação torna-se, assim, não somente um encaminhador, mas o promotor da estratégia terapêutica do paciente. Para tanto utilizará de todos os procedimentos que conhece, sejam eles medicamentosos, ortésicos, fisioterápicos, de terapia ocupacional, nutricionais, recreacionais, psicossociais, educacionais, fonoaudiológicos ou outros que se façam necessários.

A terapêutica em geriatria é, sem dúvida, um dos capítulos mais complexos e fundamentais; por esse motivo deve, obrigatoriamente, ser entendida em um sentido mais amplo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Terapêutica Medicamentosa

O tratamento medicamentoso deve ser sempre encarado como somente uma parte da terapêutica, podendo, desta forma, funcionar como adjuvante. Além disso, pelo fato de poder originar efeitos colaterais evidentemente indesejáveis e que podem determinar o aparecimento de distúrbios clínicos ou funcionais secundários, particularmente na população idosa devido à sua "polifarmacoterapia", deve ser recomendado sempre de maneira cautelosa. A utilização, portanto, desta modalidade terapêutica deve ser sempre cuidadosa e vinculada, de maneira dinâmica, aos outros recursos a serem empregados.

Fisioterapia

Esta modalidade terapêutica apresenta diversas indicações, posto que múltiplas são as técnicas passíveis de utilização, tais como o emprego de meios físicos, terapia por exercícios, terapia proprioceptiva, de estimulação global etc., motivo pelo qual é largamente utilizada, juntamente com outros recursos.

Terapia Ocupacional

O terapeuta ocupacional também se utiliza de múltiplas técnicas de tratamento, podendo atuar em duas instâncias, dependendo da necessidade de cada indivíduo: na área terapêutica e na área ocupacional propriamente dita. Na área terapêutica, com objetivos funcionais específicos, como treino de AVDs e AVPs, estudo de adaptações, treino de estimulação proprioceptiva etc. Além disso, a terapia ocupacional pode ser utilizada para treino de aspectos vocacionais e laborativos.

Terapia Nutricional

O profissional de nutrição pode participar ativamente do processo de reabilitação elaborando programas de dietoterapia, adjuvantes ao tratamento medicamentoso nos distúrbios metabólicos e dietéticos de modo geral. Conjuntamente com o fonoaudiólogo, elabora dietas específicas que facilitem a reabilitação de disfunções orovegetativas. Participa, ainda, dos programas de educação em nutrição, transmitindo conhecimentos sobre hábitos alimentares mais saudáveis e/ou corrigindo maus hábitos que interferem na saúde geral do indivíduo.

Terapia Fonoaudiológica

A terapia fonoaudiológica trabalha os aspectos das funções da linguagem, comunicação, alimentação, funções dos órgãos fonoarticulatórios, funções orovegetativas, entre outras.

Recursos Ortésicos

São utilizados, quando necessários, órteses, palmilhas, calçados, adaptações, meios auxiliares de marcha, próteses etc., no sentido de implementar funções, promover analgesia, auxiliar a terapia física, seja ela fisioterápica, de terapia ocupacional etc.

Outros Recursos

Além das medidas referidas anteriormente, podem ser utilizados outros recursos educacionais, recreacionais e de lazer de um modo geral, psicossociais, de enfermagem ou quaisquer outros que se façam necessários, que venham somar na proposta terapêutica elaborada pelo médico de reabilitação e pela equipe interprofissional participante, do processo de recuperação da saúde do paciente.

Além da indicação e do encaminhamento a tais procedimentos, é função do médico a coordenação de toda a equipe, de forma interativa e dinâmica com esta, revendo diagnósticos, objetivos e estratégias a cada estágio na evolução do paciente que está se submetendo à terapêutica de reabilitação.

Tal estrutura de reabilitação pode ser adaptada a qualquer instituição ou serviço dentro da atenção à saúde do idoso. Com isto se quer afirmar que é possível instaurar tal processo, desde que haja vontade política para tanto, desde uma estrutura em hospital geral, com paciente institucionalizado, num hospital dia geriátrico, num serviço ambulatorial ou mesmo em equipes volantes ou em grupos de cuidadores.

Processos de Reabilitação em Idosos

Aproveitando uma vasta experiência no atendimento de pacientes incapacitados de várias faixas etárias em sistema de centro de reabilitação global, com atendimento em equipe interdisciplinar, foi criado em 1988 o "Projeto Idoso".

Trata-se de um programa de reabilitação para pacientes idosos em centros de reabilitação com estru-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tura de hospital dia geriátrico, com abordagem em equipe multi-interdisciplinar. Este programa, pioneiro no país, presta atendimento a indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem incapacidade instalada, com ou sem queixas clínicas.

O objetivo fundamental de tal projeto é o de emprestar à estrutura de atendimentoà saúde do idoso uma "atividade reabilitacional", na qual se pode atuar em várias instâncias.

Visando desde a preservação da função ao adiamento da instalação da incapacidade através de medidas preventivas, este programa tem ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidade ou disfunção, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo, de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida.

Encaminhados a partir de serviços de geriatria clínica ou da comunidade, estes indivíduos foram submetidos a protocolos de avaliação. Estabelecidos os diagnósticos médicos — clínicos, funcionais etc. —, o paciente era encaminhado a todos os procedimentos terapêuticos necessários disponíveis, acompanhando e discutindo seu quadro clínico amiúde pelos profissionais diretamente envolvidos em seu processo de reabilitação.

Os resultados desta experiência, com assistência ampla, objetivos alcançados e com muitos de nossos pacientes tornando-se até vetores de informações em suas comunidades ou mesmo assumindo atividades laborativas, nos fazem acreditar que tal programa constitui a opção ideal de terapêutica na terceira idade. Através do "Projeto Idoso" é possível promover uma otimização dos recursos e permitir a real reabilitação destes indivíduos.

Do processo de reabilitação faz parte, ainda, a determinação de um prognóstico. Freqüentemente de difícil definição, tal procedimento permite uma perspectiva mais realista na fixação de objetivos e na elaboração da terapêutica.

Neste raciocínio é importante detectar qual o nível funcional que o paciente poderá alcançar em determinada atividade. De maneira prática, os níveis funcionais podem ser divididos em: independência, independência com auxílio (de adaptações, por exemplo), semi-independência e dependência.

Dessa forma, cada uma das suas atividades, tais como: locomoção, desempenho em AVDs e AVPs, aspectos da comunicação e linguagem, vida laborativa etc., deve ser avaliada para o estabelecimento de um prognóstico. Este pode ser caracterizado não somente por ser uma linha condutora para as atividades de reabilitação, mas também, principalmente, por seu caráter dinâmico e variável, de acordo com a evolução e com as aquisições funcionais do paciente.

É importante salientar que reabilitação é, essencialmente, um processo de aprendizado. Nele o indivíduo aprende ou reaprende a desempenhar esta ou aquela função e através de que meios isto será possível.

Para o profissional de reabilitação, alguns postulados devem ser seguidos, particularmente quando se trata de reabilitação geriátrica. Assim, é importante ter sempre presente:

- quais as perspectivas do indivíduo e de seus familiares;
- quais as possibilidades reabilitacionais desse indivíduo, através de diagnóstico e de um prognóstico;
- quais problemas devem ser resolvidos ou contornados para que se alcance tais objetivos;
- quais recursos terapêuticos devem ser utilizados para tal, e de que forma.

Assim sendo, pode-se concluir que o paciente geriátrico, graças a suas peculiaridades biológicas — fisiológicas, patológicas ou ambas —, psicológicas e sociais, pela característica de cronicidade que envolve esses aspectos, deve ser considerado à parte dentro das estruturas de atenção à saúde.

Desta forma, considerando e respeitando os aspectos individuais de avaliação e tratamento das disfunções e incapacidades que acometem a população da terceira idade, impõe-se aos profissionais que trabalham com ela uma visão mais ampla em sua atuação.

Atendendo a essas peculiaridades, os objetivos da reabilitação geriátrica podem variar desde a prevenção ou adequação de uma disfunção que comprometa o desempenho do indivíduo até objetivos terapêuticos propriamente ditos. Dentre estes, pode-se destacar a melhora nas condições fisiológicas de órgãos ou sistemas não comprometidos pela doença de base e, também, a melhora da capacidade funcional dos sistemas acometidos, quer por incremento da função em si, quer pelo uso de sistemas adaptativos para tal função.

Além disso, talvez mais que em qualquer outra população, o indivíduo idoso pode ser visto contextualmente desvinculado dos aspectos familiares, sociais, comunitários e ambientais que o cercam. Sem esta con-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sideração torna-se impossível a instauração de quaisquer procedimentos de reabilitação em bases reais.

Também são fundamentais os aspectos psicológicos ligados a esse paciente e que podem, por vezes, dificultar seu processo de reabilitação, sendo, em algumas circunstâncias, os principais determinantes da disfunção ou incapacidade. Uma dimensão mais realista destas questões e o uso de técnicas terapêuticas específicas à área de psicologia, de maneira interativa com o restante da equipe, são essenciais para que se alcancem os objetivos da reabilitação.

Os recursos e a abordagem da medicina de reabilitação, sempre em íntima conexão com os profissionais da equipe multi-interdisciplinar, associados aos procedimentos da clínica geriátrica, são a maneira mais eficaz na promoção da saúde da população idosa.

Concluindo, a atenção à saúde, particularmente na pessoa idosa, deve significar não a ausência de doença, mas sim o exercício da independência, da autogerência, da liberdade de escolha de seu estilo de vida. Desta forma, todos os procedimentos adotados devem priorizar a identidade biopsicossocial do indivíduo, devem ser direcionados à sua reintegração na comunidade e, acima de tudo, objetivar qualidade de vida.

Bibliografia

1. Andrews K, Brocklehurst JC. A profile of geriatric rehabilitation units. J. Royal Coll. Physicians of London; 1985; 19:240.
2. Bozarth JD. The rehabilitation process and older people. J Rehab;1991; 4: 28.
3. Carabellese C, Appolonio I. Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. J Am Geriatric Soc; 1993; 41:401.
4. Chiovatto J, Sampaio IC, Saito M. Geriatric rehabilitation — Our five years experiense. IRMA VII Abstrat Book; 1994, 14.
5. Chiovatto J, Trombetta IC. Balance and coordenation in the elderly: evaluation of an assessment protocol and a physical activity program. IRMA VII Abstrat Book; 1994, 14.
6. Churchill LR. Should we ration health care by age? J Am Geriatr Soc; 1998; 36: 644.
7. Clark GR, Murray PK. Rehabilitation of thr geriatric patient. In: Lisa JA. Rehabilitation medicine principles and practice. Filadélfia: J. B. Lippincott; 1988.
8. Cohen H, Rubin AM, Gonbash L. The team approach to treatment of the dizzy patient. Arch Physical Med Rehab; 1992; 73: 703.
9. Dean DZ, Geiringer R. Physiatrics therapeutics. The rehabilitation team/behavioral manegement. Arch Physical Med Rehab; 1990; 75:275.
10. Ende J, Rockwell L, Glasgow M. The sexual history in general medicine practice. Arch Int Med; 1984; 144: 558.
11. Forb B. Rehabilitation of the elderly. Medical J Austrália; 1981 1:392.
12. Gal PLM, Chiovatto J, Trombetta IC. Avaliação e treinamento de coordenação e equilíbrio da população idosa em condiciona-mento físico. Med Rehab; 1990; 25: 16.
13. Geiringer R, Delateur BJ. Physiatric therapeutics. The physiatric evaluation. Arch Physical Med Rehab; 1990; 71: 258.
14. Hall RGP Channung DM. Age, pattern consultation, and functional disability in elderly patients in one general practice. Brit Med J; 1990; 301: 424.
15. Hamdorf PA, Withers RT, Penhall RK et al. Physical training effects on the fitness and habitual activity patterns of elderly women. Arch Physical Med Rehab; 1992; 73: 603.
16. Harris R. Aging and rehabilitation. In: Rodriguez JP. Geriatria. Madri: Editores Médicos; 1990.
17. Hart D, Bowling A, Ellis M et al. Locomotor disability in very elderly people: value of a program for screening and provision of aids for daily living. Brit J Med; 1990; 301: 216.
18. Kemper P, Murtough CM. Lifetime use of nursing home care. New Engl J Med; 1991; 324 (8): 595.
19. Levkoff E, Cleary PD. Wetle T et al. Illness behavior in the aged: implications for clinicians. J Am Geriatr Soc; 1988; 36 (7): 622.
20. Liem PH, Chernoff R. Geriatric rehabilitation unit: a 3 years outcome evaluation. J Gerontol; 1986; 41 (1):44.
21. Light KE. Information processing for motor perfomance in ageing adults. Physical Therapy; 1990; 70 (12): 820.
22. Pincus T, Summey JA. Assessment of Patient satisfation in activities of dailing living using a modified Satanford health assessment questionaire. Arthritis and Rheumatism; 1983; 26 (11): 1346.
23. Rehabilitation Brief. Bringing research into effective focus: the rehabilitation research and training centers on aging and disability; 1990; vol. 13, nº1,.
24. Steinberg FU, Dean BZ. Physiatric therapeutics. The geriatric rehabilitation. Arch Physical Med Rehab; 1990; 71:278.
25. Stewart CPU. A prediction score for geriatric rehabilitation prospects. Rheumatology and Rehabilitation; 1980; 19(4):239.
26. Strax TE, Lederbur J. Rehabilitation the geriatric patient: potencial and limitation Geriatri Advisor; 1979; 9:99.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

48 Autonomia e Independência

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

Em verdade, em verdade, te digo: quando eras mais moço, cingias-te e andavas aonde querias. Mas, quando fores velho, estenderás as tuas mãos e outro te cingirá e te levará para onde não queres.

Evangelho de São João 21, 18

Introdução

Desde a Antiguidade, a velhice tem sido associada à dependência e à perda do controle sobre a própria vida, mesmo para atos corriqueiros e banais de sobrevivência. A teoria médica, biológica e psicológica, na maioria das vezes, tende a confirmar o envelhecimento como tempo de declínio e decadência. Assim, a velhice tem sido pensada, quase sempre, como um processo degenerativo, oposto a qualquer progresso ou desenvolvimento. Parece até que nessa etapa da vida deixa de existir o potencial de desenvolvimento humano.

A expectativa de vida está aumentando em todo o mundo e ocorre um envelhecimento populacional em quase todos os países. Com isso, um número cada vez maior de indivíduos passa a sobreviver até 70, 80 ou até mais anos de vida. Qual a qualidade dessa sobrevivência? Como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social dessa população até os momentos que precedem a morte?

A maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais, porém a experiência do envelhecimento (a própria e a dos outros) traz angústias e decepções, pelo menos em nosso país. Como favorecer uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor? Quais as formas e os meios de ajudar as pessoas a conservarem-se sadias e independentes e a continuarem desempenhando uma vida ativa na sociedade, mesmo com a chegada dos cabelos brancos?

O objetivo deste capítulo é apontar caminhos ou encontrar respostas a essas perguntas angustiantes. Nele serão abordados os conceitos de autonomia e independência, indicadores de saúde e de qualidade de vida para a população idosa e, também, a necessidade de que esta seja avaliada de forma abrangente, holística, global. Acreditamos que só assim é possível avançar em direção à tão almejada velhice bem-sucedida.

O Conceito de Saúde e o Envelhecimento Funcional

Nos últimos 50 anos, o conceito de saúde tem desviado de uma negação para uma afirmação. Saúde, antes definida como ausência de doença, tem sido reconceituada, para significar um estado positivo de bem-estar. A Organização Mundial da Saúde, em 1947, redefiniu saúde como *estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade*. Isto significa que um indivíduo, mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções, atividades; capaz de alcançar expectativas e desejos; capaz de manter-se ativo em seu meio,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ter alguma função social, efetivar projetos, conseguindo, assim, boa qualidade de vida, podendo realizar-se como ser humano e — o que é mais importante — ser feliz. Saúde, portanto, é a capacidade de um indivíduo ou de um grupo de continuar exercendo funções em seu meio físico e social, contribuindo para a sociedade e interagindo com ela.

Para uma pessoa idosa, o que é ter saúde? O que significa envelhecer de forma saudável? Idoso saudável é aquele que não tem doença? Se isto fosse verdade, existiria algum idoso saudável?

Se saúde fosse ausência de doenças, a partir de determinada idade poucos seriam saudáveis, pois, à medida que se envelhece, surgem as doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial, as artropatias, o diabetes, e desenvolvem-se deficiências, como a auditiva e a visual. Com o envelhecimento populacional no mundo todo, as doenças crônicas substituíram as doenças infecciosas como as maiores causas de morbimortalidade (Fig. 48.1).

Nesse quadro de prevalência aumentada de doenças crônicas, o maior objetivo da prática clínica deve ser o da manutenção da qualidade de vida do indivíduo. Tal enfoque é importante porque esse conjunto de afecções crônicas prevalentes no envelhecimento pode levar à deterioração da habilidade de manter-se independente. Estudos demográficos prévios têm projetado um crescimento extraordinário da população idosa funcionalmente incapacitada. E essa é a realidade: com o passar dos anos, há um aumento significativo de dependência. Os grupos etários mais velhos são proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens. Mesmo numa sociedade desenvolvida, cuja população alcançou bom nível socioeconômico e tem acesso facilitado a serviços sociais e de saúde, como é o caso dos países da Europa e da América do Norte, uma maior proporção da população mais idosa, comparativamente com a população mais jovem, necessitará de ajuda total ou parcial para desempenhar uma série de atividades. Tomando como exemplo o Canadá, um estudo do perfil da população de 75 anos e mais, com a finalidade de propor alternativas; habitacionais *(Housing choices for Canadians over 75 years old* — janeiro de 1991), mostrou que essa população de idosos mais velhos tinha incidência aumentada de problemas relacionados à saúde e ao desempenho das atividades da vida diária (caminhar, subir escadas, cortar as unhas dos dedos dos pés, ler jornais e revistas, participar de conversações, arrumar a casa, preparar refeições e, até mesmo, necessitar de ajuda para o autocuidado), quando comparada com grupos etários mais jovens (60-64 anos e 65-74 anos).

No Brasil, a realidade é muito semelhante. Ramos[20], em 1987, analisando a população idosa de três bairros da cidade de São Paulo, mostrou que a proporção de pessoas requerendo ajuda parcial ou total para desempenhar atividades da vida diária era maior nos grupos etários mais velhos (Tabela 48.1).

Como vimos, doenças crônicas levam a maior prevalência de incapacidades. Além disso, o próprio

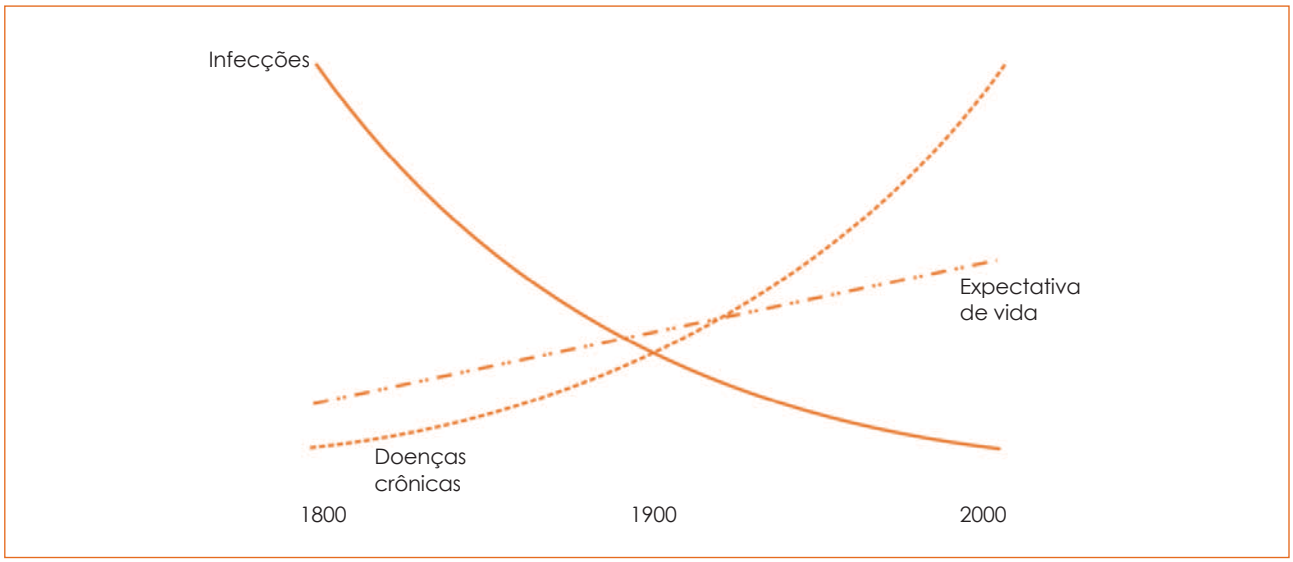


Fig. 48.1 Taxas de mortalidade e de expectativa de vida. *Fonte: Tarlov*[31].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 48.1 Distribuição Porcentual de Pessoas Requerendo Ajuda Parcial ou Total para Atividades da Vida Diária (AVD), por Grupo Etário

AVD	Grupo Etário (Anos)				
	65-69	70-74	75-79	80+	Total
Física					
Alimentar-se	2	6	12	18	8
Vestir-se	2	6	14	20	8
Arrumar-se	2	4	12	14	6
Caminhar	4	8	10	20	9
Tomar banho	4	4	14	20	8
Usar o banheiro	2	4	12	10	6
Instrumental					
Telefonar	41	44	53	57	47
Usar transporte	23	43	50	74	42
Fazer compras	31	54	53	76	49
Preparar refeições	11	18	29	46	22
Arrumar a casa	27	44	46	76	44
Tomar remédio	13	18	26	36	21
Manusear dinheiro	23	36	39	45	33

Fonte: Ramos[19]

processo natural do envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema de nosso organismo. É o que se denomina envelhecimento funcional (Fig. 48.2), mais importante que o envelhecimento cronológico, que, em nossa cultura, é o mais valorizado.

Após o nascimento, as pessoas vão desenvolvendo suas capacidades até os 20 ou 30 anos, quando se atinge um ápice. A partir daí, com o passar dos anos, o desempenho funcional dos indivíduos vai se deteriorando pouco a pouco, motivado pelo processo natural e fisiológico do envelhecimento. É um processo lento, mas inexorável e universal. Ninguém escapa. Para o indivíduo, o declínio se desenvolve imperceptivelmente, na maioria das vezes, ao mesmo tempo em que suas expectativas e atividades também se restringem. A trajetória que o declínio funcional toma — mais lenta ou mais rápida — depende de uma série de fatores: da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto socioeconômico e cultural e, até mesmo, da sorte de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada. Incidentes críticos, como doenças e acidentes, colocam o indivíduo numa inclinação mais profunda de sua curva de declínio funcional. Num determinado nível situa-se o *limiar da incapacidade*. Acima do limiar, as pessoas vivem de forma independente. Abaixo dele estão as pessoas incapazes, dependentes. As pessoas podem adiantar ou atrasar a chegada ao limiar. Quando se atrasa, a morte pode chegar antes que a incapacidade. A deterioração, as lesões e as doenças que não estão produzindo incapacidade são de importância secundária na atenção ao idoso. Envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida.

Diversos estudos têm projetado um enorme crescimento no tamanho da população idosa funcionalmente incapacitada. Pessoa incapacitada significa pessoa de-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

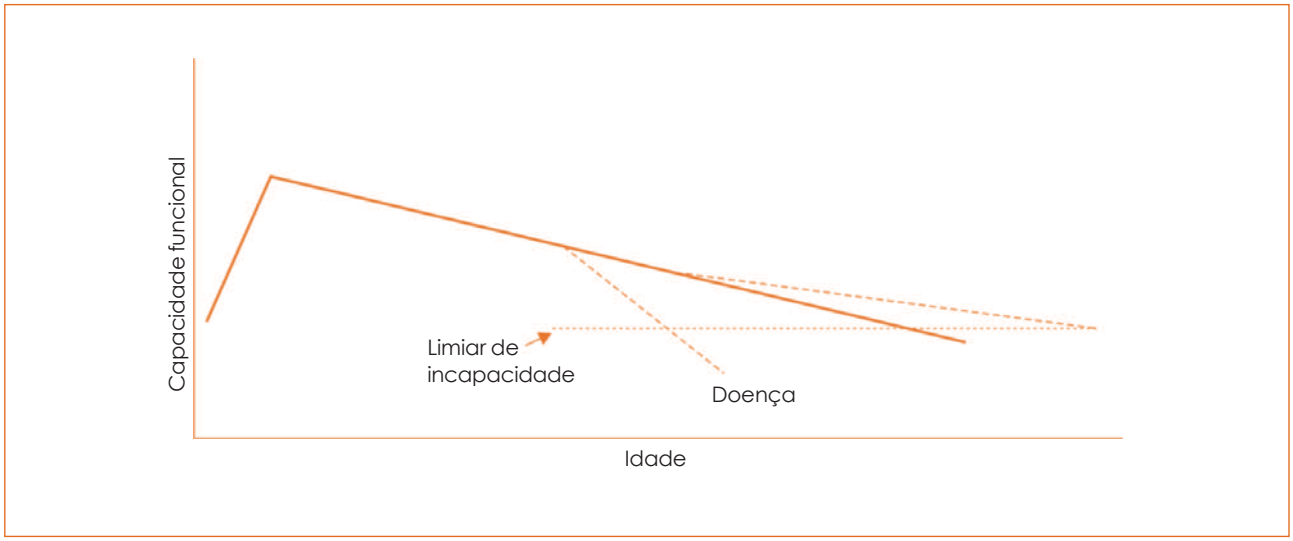


Fig. 48.2 Envelhecimento funcional.

pendente, que vai necessitar de cuidados de longa duração. Vários pesquisadores têm estimado que o número de pessoas idosas dependentes nas atividades da vida diária (AVD's) dobrará na segunda ou terceira década do próximo século. Manton[16] afirma que o número de pessoas idosas institucionalizadas nos Estados Unidos aumentará de 1,3 para 4,5 milhões em 75 anos (1985 a 2060). Siu e col.[29] observam que "três abordagens são disponíveis, para evitar ou diminuir essa necessidade aumentada de cuidado institucional de longa duração. Pode-se aumentar a provisão de cuidado informal ou não pago na comunidade (isto é, fora de instituições), aumentar a provisão de cuidado formal não-institucional de longa duração, e/ou diminuir o número de pessoas idosas que desenvolvem incapacidades funcionais". A primeira abordagem é a do cuidado familiar e comunitário, que tem caráter voluntário, afetivo e de solidariedade. Infelizmente, seu sucesso tenderá a ser limitado, pois as pessoas que provêem tal cuidado são esposas ou filhas que não trabalham. Morar sozinho, não ter filhos ou não estar casado são fatores que contribuem para a institucionalização de idosos que precisam de cuidado de longa duração. Estes fatores tenderão a ser mais prevalentes nas próximas décadas devido a alterações demográficas e nos papéis femininos, fazendo com que a provisão de cuidado informal diminua. A segunda abordagem viabiliza-se através de políticas, oficiais ou não, que retardam a institucionalização, tais como atenção domiciliário, ajuda doméstica, fornecimento de refeições e outras. São serviços formais que suplementam ou substituem o cuidado informal. Apesar de serem importantes e fundamentais, a tendência é a de postergação da internação do idoso, o que já é de grande mérito. A melhor abordagem — e a mais difícil — é a última, dirigida para a diminuição da incidência de declínio funcional, por meio da prevenção de doenças, seqüelas e complicações, e da promoção e proteção da saúde das futuras coortes de pessoas idosas.

Aqui uma pergunta angustiante: Será que o aumento da expectativa de vida, que vem ocorrendo em todo o mundo (desenvolvido e em desenvolvimento), vai significar melhor qualidade de vida?

Uma situação que se observa com freqüência é a de idosos portadores de doenças crônicas, que se olham como também portadores de boa saúde. Julgam-se assim porque têm autonomia e podem executar independente e satisfatoriamente suas atividades do dia-a-dia, continuando suas relações e atividades sociais, e exercitando seus direitos e deveres de cidadãos. Os idosos têm como parâmetro de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem a necessidade de serem cuidados. Ao mesmo tempo, como visto antes, a perda da autonomia e da independência, que segue condições agudas e crônicas, aumenta com o avançar da idade. Se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, as dificuldades serão mínimas para eles, sua família e a sociedade. É o que se denomina compressão da morbidade. Se, ao contrário, essa sobrevida aumentada se acompanhar de doenças prolongadas, reduzindo drasticamente a capacidade funcional, os

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

problemas gerados serão enormes. Portanto, na velhice, uma vida mais saudável está intimamente ligada à manutenção ou à restauração da autonomia e independência, que constituem bons indicadores de saúde, principalmente para a população de mais idade e que são definidas, respectivamente, como: *autonomia* — capacidade de decisão, de comando; *independência* — capacidade de realizar algo com seus próprios meios.

É lógico que estas definições são simples, mas muito práticas. Tome-se como exemplo uma situação freqüente: senhora de 75 anos, com osteoporose, morando sozinha, que tropeça, cai e quebra o colo do fêmur. Nesse momento, perde sua autonomia e independência. Mesmo que queira ir ao supermercado ou ao banheiro, não vai conseguir. Quando for operada, e se a cirurgia for bem-sucedida, readquirirá o que havia perdido, mesmo se continuar dependente de uma bengala ou de um andador. Ainda que fique confinada a uma cadeira de rodas, se não houver barreiras arquitetônicas, poderá satisfazer uma série de necessidades por si só, dispensando a ajuda de outros.

Evans[7] chama de autonomia "o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras", e coloca que, para um idoso, a autonomia é mais útil que a independência como um objetivo global, pois podemos restaurá-la por completo, mesmo quando o indivíduo continua com dependência. Uma senhora com fratura do colo do fêmur, que ficou restrita a uma cadeira de rodas, poderá exercer sua autonomia totalmente, apesar de não ser totalmente independente.

As definições dadas por Aurélio Buarque de Holanda Ferreira em seu *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* (Nova Fronteira, 2ª ed., 1986) são mais completas. Define autonomia como "faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger por leis próprias; liberdade ou independência moral ou intelectual; propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem sua conduta". Já independência é definida como "estado ou condição de quem ou do que é independente, de quem ou do que tem liberdade ou autonomia, de quem procura recorrer só aos seus próprios meios, de quem se basta".

Para o filósofo Motta Pessanha "a palavra autonomia, do ponto de vista semântico, recobre, em grande parte, a palavra independência. Autonomia é derivada do grego. *Nomus;* é a lei estabelecida através do confronto de opiniões, mas com predominância das idéias e interesses colocados pelo grande orador (no caso, o próprio indivíduo), que ali se encontra para oferecer o seu ponto de vista. Pessoa autônoma é a que retira de si mesma a fonte de poder; tem, nela mesma, sua fonte de decisão, conseguindo, assim, tornar-se ela mesma e construir seu próprio caminho de vida. Portanto, autonomia significa que eu tenho a minha própria lei, ou seja, sou comandado por mim mesmo, porque determino minha legalidade, me norteio, escolho minhas metas e estabeleço o caminho, para alcançar as metas escolhidas. O contrário de autonomia, a heteronomia, significa que a lei é dada, imposta, sugerida, ensinada; a pessoa segue uma lei da qual não é a própria fonte. Quanto à independência e dependência, são conceitos ou estados que só podem existir em relação a alguma outra coisa. Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada. Em termos afetivos, alguém pode ser independente em relação a determinada pessoa e dependente em relação a outra. O conceito só pode ser corretamente utilizado quando relativizado e pluralizado."

Wilkin[33] escreve que "embora o conceito de dependência se sobreponha ao de incapacidade e invalidez, eles não são sinônimos. Assim, por exemplo, pessoas sofrendo de diminuição da acuidade visual podem ser incapacitadas, mas, mesmo se sofrerem uma limitação da função, não necessariamente haverá dependência. Do mesmo modo é possivel ser inválido sem ser dependente e possível ser dependente sem ser inválido. Um indivíduo que amputou uma perna pode ficar inválido, mas pode, por restringir o seu leque de atividades, ser completamente independente. Por outro lado, lactentes e nenês são claramente dependentes, mas não necessariamente inválidos."

Van den Heuvel[32] afirma que "a dependência sempre se refere a uma relação social". Ela, portanto, não é um atributo individual, mas, sim, de indivíduos em relação a outros. Um indivíduo pode ser incapaz por si só, mas será dependente sempre de outro.

Anderson[1] dá uma definição geral mais abrangente: "dependência é um estado em que ações de outras pessoas são condição necessária para alguém alcançar seus próprios objetivos." Já Wilkin[33] amplia e transforma o conceito, dizendo que "dependência é um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros), para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas".

A dependência está presente ao longo de todo o curso da vida, não sendo um atributo da velhice. A criança passa por estágios de dependência. O que a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

difere do velho é que sua dependência é transitória, cedendo lugar à competência, enquanto nas idades avançadas a dependência se amplia e multiplica, e tende a ser permanente ou definitiva. A dependência aparece em situações de crise, tais como viuvez, divórcio, guerra, desemprego e assim por diante. Resulta de incapacidades, o que é mais comum entre os idosos. Pode acompanhar indivíduos com certos traços de personalidade, a "personalidade dependente", presente em indivíduos que se julgam fracos e necessitados de ajuda. Finalmente, a dependência se dá dentro de um contexto cultural e de normas e expectativas sociais. Os chineses, por exemplo, têm medo de não ter filhos ou familiares que cuidem deles quando envelhecerem. Já os americanos têm medo de ficar dependentes dos filhos. Também é notório, para a coorte atual de idosos, o fato de os homens serem dependentes das mulheres no trabalho doméstico e as mulheres serem dependentes dos homens na questão econômica.

Avaliação Geriátrica Abrangente

Para se conseguir, então, uma vida mais saudável, deve ser este o objetivo de cada um e das políticas sociais e de saúde: manter a autonomia e o máximo de independência possível. Quando a autonomia e a independência forem perdidas, o objetivo deve ser o de restaurá-las no mais breve espaço de tempo e o mais próximo possível do nível anterior.

Dentro desse conceito mais abrangente de saúde, como medir, quantificar, a saúde das pessoas idosas? Medir o "estado de completo bem-estar", a qualidade de vida, é muito difícil. Essa avaliação não pode ser subjetiva. Numa avaliação do estado de saúde de qualquer indivíduo ou grupo, é preciso encontrar indicadores que auxiliem de forma objetiva a fazer o diagnóstico do estado de saúde em si, medir a evolução desse estado para melhor ou pior e medir, também, o impacto que normas adotadas tiveram sobre esse mesmo estado de saúde. Além disso, precisam ser comparáveis, quando aplicados em diferentes populações.

Uma forma de se quantificar saúde de um idoso é através do grau de autonomia que ele possui e do grau de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia, sempre levando em conta o seu contexto socioeconômico e cultural. Pode-se medir a independência através do seu oposto: a dependência. Mede-se o quanto as pessoas são dependentes no desempenho de suas atividades diárias, levando em conta o desempenho físico, psíquico e social.

Mas, ao se medir a saúde de uma pessoa idosa, não se pode fazê-lo em termos biomédicos apenas. As três dimensões do conceito de saúde têm de ser contempladas. É isso que se denomina "avaliação geriátrica abrangente" ou avaliação global, holística, na qual são utilizadas medidas objetivas dos diferentes desempenhos (Tabela 48.2).

Tabela 48.2 Avaliação Geriátrica Abrangente: Dimensões Mensuráveis

Saúde Física
Diagnósticos/condições presentes
Indicadores de severidade de doenças
Quantificação do uso de serviços de saúde
Auto-avaliação de saúde ou incapacidade
Habilidade funcional total: escalas de atividades da vida diária
• básicas
• intermediárias
• avançadas
Saúde Psíquica
Função cognitiva
Função afetiva
Saúde Social
Relações sociais
Atividades sociais
Recursos sociais
Suporte social
Estresse do cuidador e da família

Desempenho Físico

A importância de se medir o estado de saúde em termos de função, o bem-estar funcional, começou a ser reconhecida há cerca de 100 anos. No fim do século XIX e começo do século XX, na Europa e nos Estados Unidos, levantamentos de saúde por intermédio de inquéritos obtinham informações acerca de dias acamados por pessoa e o número de pessoas doentes ou incapazes de trabalhar num determinado período. Isso representou a incorporação inicial dos conceitos de incapacidade e disfunção na medida do estado de saúde. Nas décadas subseqüentes houve aprimoramento, com a introdução de questões acerca da duração de doenças e incapacidades, classificação dessas incapacidades (total ou parcial, permanente ou

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

temporária), para refletir severidade, o surgimento de taxas, razões e escores. No início da década de 1950, com o aumento do número de idosos, da prevalência de doenças crônicas e da necessidade de cuidado de longa duração, o governo americano criou uma comissão de doenças crônicas, que realçou a importância do desempenho e da incapacidade, descrevendo a necessidade de uma classificação das atividades da vida diária (AVDs). Nessa ocasião, as AVDs não estavam padronizadas e incluíam uma série variável de funções, dependendo de cada autor. Os tipos de itens e as definições de cada um variavam. Muitas vezes, a terminologia era vaga e se colocava grande confiança na impressão clínica. Havia instrumentos muito extensos, com cerca de 100 itens. Não havia base para comparação entre os diferentes instrumentos e faltava o desenvolvimento de um escore. Com isso, o valor desses instrumentos era limitado, pois havia impraticabilidade e pequena reprodutibilidade, não se prestando para pesquisa clínica nem para processos de tomada de decisão. Além disso, esses instrumentos foram criados sem teorias satisfatórias sobre as quais embasar a avaliação funcional de idosos.

Assim, os cientistas tiveram de desenvolver esforços para encontrar medidas e instrumentos que pudessem trazer um significado claro e uma precisão quantitativa às descrições da magnitude e severidade dos problemas funcionais dos idosos. O primeiro discernimento teórico e de padronização veio através de um grupo de Cleveland, Ohio, EUA, liderado por Sidney Katz[14]. Este demonstrou que a seqüência de recuperação de seis atividades básicas da vida diária entre idosos incapacitados (alimentar-se, ter continência, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se) se assemelhava à seqüência de desenvolvimento dessas mesmas funções no processo de crescimento e de desenvolvimento neuropsicomotor da criança, bem como a padrões de comportamento de membros de sociedades primitivas. Os três primeiros itens (alimentar-se, ter continência e transferir-se) refletem funções vegetativas simples. Os demais são influenciados por forças culturais e de aprendizado. A ordem de recuperação da função num adulto ou idoso incapacitado é semelhante à progressão da função na criança em desenvolvimento. Aos dois anos, a criança segura a mamadeira e leva a colher à boca, mas não tem continência, nem urinária nem fecal, e necessita de assistência e supervisão para banhar-se e vestir-se. Aos três anos já se alimenta sozinha, urina na cama às vezes e continua necessitando de supervisão para usar o banheiro, vestir-se e banhar-se. Aos três anos e meio torna-se continente, deixando de usar fralda. Aos quatro anos usa o banheiro independentemente. Aos cinco anos requer supervisão geral apenas para vestir-se e banhar-se. Portanto, o paralelo com a ordem de recuperação para o idoso incapacitado é evidente.

Ao mesmo tempo, Katz[14] percebeu que todas as pessoas, inclusive as de sociedades primitivas, desenvolvem auto-regulação de alimentação e eliminação de excretas (urina e fezes) como requerimento para a sobrevida; desenvolvem, também, locomoção independente, para preencher suas necessidades de sobrevivência. No entanto, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se não são necessidades do funcionamento fisiológico do dia-a-dia. Pode-se viver sem roupa e sem tomar banho, e pode-se defecar e urinar em qualquer lugar, sem haver um cômodo específico para isso.

Parece razoável, então, que a perda da função deva começar por aquelas atividades que são mais complexas e menos básicas, mais influenciadas por aprendizado e questões culturais, enquanto aquelas funções que são mais básicas e menos complexas devam permanecer por mais tempo. Por conseguinte, os seis itens do índice de Katz[14] são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento encontrados em crianças, os estágios sucessivos de recuperação em pacientes incapacitados e, possivelmente, em ordem reversa, a regressão durante o processo natural de envelhecimento.

A maioria das escalas hoje existentes se baseou nesta de Katz[13]. Ela é incluída em todas as avaliações multidimensionais, e, dependendo do objetivo em vista, pode ser modificada, acrescentando-se outras atividades, tais como andar nos arredores da casa, arrumar-se, subir ou descer escadas, cortar as unhas dos pés. Durante esses últimos 30 anos, estudos e ensaios clínicos estabeleceram a confiabilidade e a validade desta medida da função.

O segundo discernimento teórico veio do trabalho de Lawton e Brody[15]. Estes pesquisadores conceberam um outro conjunto de atividades da vida diária, que denominaram de atividades instrumentais (AIVDs) e que são mais complexas que aquelas idealizadas por Katz e col.[14], as quais passaram a ser chamadas de atividades básicas da vida diária (ABVDs). Tais atividades instrumentais refletem a capacidade dos idosos de se adaptar ao seu meio e incluem atividades variadas, como usar o telefone, fazer compras, prepa-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar transporte, tomar remédios, tomar conta do orçamento, caminhar. Cada um destes itens representa uma tarefa complexa, composta por muitos componentes. Arrumar a casa, por exemplo, inclui tarefas tais como limpar janelas, varrer o chão, tirar o pó, lavar escadas e pisos etc. A independência ou dependência nessas atividades determina se um idoso pode continuar a viver sozinho. Diferentemente das ABVDs, as atividades instrumentais parecem ser fortemente influenciadas por fatores outros que não a dificuldade atual em desempenhá-las. Ramos[20], ao avaliar o estado de saúde e o suporte familiar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos morando na comunidade, em São Paulo, mostrou que, de 15 atividades utilizadas no questionário, três atividades instrumentais tiveram de ser excluídas: telefonar (desvio socioeconômico), arrumar a casa e preparar refeições (desvio de gênero).

Uma vantagem dessas escalas (ABVDs e AIVDs) é que, quando combinadas, avaliam a incapacidade em atividades críticas, necessárias para a permanência do idoso em seu próprio meio, cuidando de si mesmo, e em sua comunidade.

Durante a aplicação dessas escalas no dia-a-dia, testou-se sua confiabilidade através da montagem de uma escala de Guttman. Há um ordenamento hierárquico entre os diferentes itens. Portanto, quando os itens constituem uma escala de Guttman, podem ser arranjados em ordem, por exemplo, do mais fácil de ser executado para o mais difícil. Se dispusermos os itens verticalmente, do mais fácil para o mais difícil, indo de baixo para cima, ao saber que uma pessoa é capaz de desempenhar um item, imediatamente se conclui que também será capaz de desempenhar os itens listados abaixo do item-referência. Da mesma forma, sabendo-se que um dado item não pode ser desempenhado, os itens ordenados acima dele também não o poderão. Assim, se os itens constituem uma escala de Guttman, é possível determinar, com inquérito mínimo, quais atividades uma pessoa pode ou não desempenhar.

Mais recentemente, Reuben e Solomon[25], dois pesquisadores americanos, propuseram que o desempenho funcional dos indivíduos fosse classificado em três níveis, estratificados de acordo com a dificuldade e a complexidade. As atividades da vida diária seriam divididas em: *básicas, intermediárias* e *avançadas*. As básicas incluem as funções elementares estimadas pelo índice de Katz ou escalas similares de autocuidado; são funções de sobrevivência. As intermediárias são medidas pelas atividades instrumentais de Lawton[15] e pelo OARS *(Older Americans Resources and Services)*. São essenciais para a manutenção da independência. Independência ou dependência, nessas tarefas, determinam se um idoso pode continuar a viver sozinho. As atividades avançadas da vida diária (AAVDs) podem ser pensadas como um desempenho "em excesso", um "luxo", algo que, se não existisse, não atrapalharia a vida adaptada daquele idoso, pois são desempenhos bem além do necessário para manter uma vida independente. Não são específicas das pessoas idosas, mas, teoricamente, declinam mais provavelmente com a idade por causa de problemas médicos, psiquiátricos, cognitivos e sociais. Elas tendem a ser dependentes de vontade, de desejo e, principalmente, de motivação; são específicas para cada indivíduo, pois cada um tem o seu potencial; são influenciadas por forças culturais e educacionais. Embora não sejam essenciais para a independência, a capacidade de um idoso continuar a desempenhá-las pode contribuir para a manutenção de boa saúde mental e física, e certamente contribui para a manutenção de uma qualidade de vida excelente. Pode-se hipotetizar, além do mais, que o declínio na habilidade para desempenhá-las é um indicador prognóstico precoce de declínio funcional mais sério. São exemplos de atividades desse tipo: dirigir um carro, praticar esportes (natação, ginástica, remo, tênis, bocha, golfe etc.), fazer ioga, andar de bicicleta, correr, pintar, cantar, dançar, tocar algum instrumento, viajar, participar de serviço voluntário ou de clubes de serviço, participar de atividade política etc.

Alguns instrumentos e escalas estão sendo desenvolvidos e validados, mas nada ainda foi padronizado. Ashworth e col.[3] propõem que sejam divididas em atividades ativas (por exemplo, jardinagem) e passivas (por exemplo, ver televisão). Além disso, agruparam em duas formas (sociais *versus* físicas; ocupacionais *versus* recreativas). AAVDs sociais são as que não requerem interação com outros (por exemplo, dirigir um carro, pintar, tocar um instrumento, fazer trabalhos manuais etc.); AAVDs físicas possuem um componente físico substancial (correr, fazer ginástica, nadar etc.). AAVDs ocupacionais incluem tarefas de voluntariado e tarefas associadas com a manutenção da casa (por exemplo, marcenaria, carpintaria etc.); AAVDs recreativas carregam um sentido de lazer, divertimento, desobrigação (por exemplo, viajar, pescar, dançar, cantar etc.).

Mais detalhes sobre estes índices, inclusive o denominado Medidas de Independência Funcional (MIF) encontram-se no Capítulo 10 deste livro.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Desempenho Psíquico

O bem-estar psíquico é um determinante fundamental de uma vida saudável. Infelizmente, grande parcela dos profissionais de saúde, inclusive os geriatras, ignora ou negligencia tal determinante.

Demência e depressão, para ficarmos nos distúrbios psiquiátricos mais prevalentes nos idosos, precisam ser diagnosticadas e tratadas, se o objetivo for o de conseguir uma velhice com saúde. A demência tem despertado muito interesse nos últimos anos; muito se tem pesquisado e escrito sobre ela, apesar do pouco que se consegue de retorno ou melhora da função cognitiva para o indivíduo acometido. No entanto, avanços consideráveis têm surgido, principalmente no sentido de amparar e dar suporte aos familiares e cuidadores. A pesquisa deve continuar, pois a demência é uma fonte importante de incapacidade entre os indivíduos idosos, causando impacto negativo sobre sua autonomia e independência. Já a depressão tem estado mais esquecida, em parte porque seus sintomas e sinais, na maioria das vezes, estão mascarados sob a forma de queixas somáticas. Pode se apresentar como perda do apetite, emagrecimento, síndrome demencial (pseudodemência), fadiga, dores generalizadas, exacerbação de doenças coexistentes, além de outras inúmeras apresentações. Além disso, os médicos, os próprios idosos e seus familiares assumem freqüentemente que os sintomas depressivos no idoso são conseqüência psicológica normal do processo de envelhecimento. Esquecê-la significa manter uma causa importante de sofrimento humano, um fator de risco de morbidade em geral e de suicídio em particular. Pessoas idosas deprimidas cometem suicídio com maior probabilidade e com maior possibilidade de êxito que as mais jovens, têm taxas aumentadas de mortalidade, aderem menos às orientações e tratamentos recomendados, tornam-se funcionalmente incapacitadas e dependentes e se isolam da sociedade. Daí a importância de se estudar essas duas afecções quando se cuida de populações idosas. Evidentemente, ao se dar relevância a elas, não se quer negar a importância de outras doenças mentais nesse grupo etário, tais como, ansiedade, hipocondria, etilismo, distúrbios de personalidade, síndromes psicóticas. Serão abordadas no capítulo respectivo. Aqui será priorizado o funcionamento cognitivo e o afetivo.

Funcionamento Cognitivo

O funcionamento cognitivo é um determinante maior da capacidade funcional em todos os outros domínios. Dele dependem o desempenho físico e o social. A experiência devastadora da demência, seja ela de que causa for, mostra o grau de incapacidade que seus portadores possam apresentar. A deterioração funcional pode ser lenta e progressiva, como na doença senil do tipo Alzheimer, ou se dar através de pioras agudas e sucessivas, entremeadas por períodos de duração variável, nos quais a habilidade funcional se estabiliza num patamar inferior, como na demência vascular. Sendo assim, a deterioração cognitiva deve ser documentada e quantificada todas as vezes que se quer avaliar a saúde de uma pessoa idosa, dentro da avaliação geriátrica abrangente.

Deterioração cognitiva é prevalente em idosos e leva à perda da autonomia e da independência. O DSM-III-R, e mais recentemente o DSM-IV, estabelecem que, para o diagnóstico de demência, o distúrbio deve ser "severo o bastante para interferir de maneira significativa com as atividades laborativas e sociais e com as relações interpessoais". A avaliação cognitiva é muito útil em documentar essa deterioração e iniciar uma investigação clínica global, para detectar afecções causais subjacentes potencialmente curáveis ou tratáveis. Avaliações repetidas são essenciais para monitorizar e acompanhar mudanças no decorrer do tempo, assim como o declínio devido à progressão da doença e melhora advinda do tratamento. Dessa forma, um instrumento estruturado ou semi-estruturado é freqüentemente útil para detectar a deterioração cognitiva, bem como seguir os efeitos de terapia subseqüente.

Muitos instrumentos foram desenvolvidos e estão sendo aplicados, todos eles com vantagens e desvantagens. Nenhum é perfeito, cada um sendo superior em determinado domínio. O mais conhecido é o miniexame do estado mental *(mini mental state examination*[9]), que avalia algumas áreas do funcionamento cognitivo, como a orientação têmporo espacial, a memória recente e a de evocação, cálculo, linguagem e habilidade construcional, embora possa não identificar perda cognitiva mínima, mas potencialmente importante. Nesses casos de deterioração leve, testes neuropsicológicos mais extensos (como a escala de memória de Wechsler) podem ser requeridos.

A despeito de sua utilidade, os escores da maioria das escalas de avaliação cognitiva são influenciados pelo nível de escolaridade do indivíduo que está sendo testado. Além do mais, como são de administração rápida, não testam, obviamente, nenhum domínio em profundidade. Muitos deles são pouco sensíveis a deteriorações pequenas; por exemplo, um escore alto

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

no *mini mental* não descarta demência em geral ou doença de Alzheimer em particular, porque o escore global pode obscurecer alterações importantes de alguma área específica componente. Ocorre, também, que muitos deles são difíceis de serem aplicados e requerem um entrevistador bem treinado. Por tudo isso, quando há dúvidas acerca da correção dos resultados, ou quando o idoso ou sua família insistem em que os resultados são errôneos, testes neuropsicológicos mais elaborados precisam ser feitos.

Numerosas outras escalas são usadas para avaliar a alteração funcional em pacientes demenciados. Muitas, como as de Katz e Lawton[15], não foram desenhadas especificamente para essa população. Dentre as escalas construídas especificamente para avaliação de alteração funcional na demência, a melhor conhecida é a escala de demência de Blessed[5]. Inclui itens que permitem a avaliação das atividades instrumentais da vida diária (manusear dinheiro e realizar tarefas domésticas, por exemplo) e alterações nas habilidades funcionais mais básicas (alimentar-se, vestir-se ou usar o banheiro, por exemplo). Possui, ainda, itens que medem alterações de personalidade e distúrbios de comportamento. É muito empregada, embora necessite ser validada em nosso meio.

Cabe menção aqui a um instrumento de avaliação funcional da doença de Alzheimer, desenvolvido por Reisberg, Ferris e Annand[23], o FAST (*Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease*), que rapidamente determina se a natureza da demência é consistente com uma evolução não-complicada e qual o nível de comprometimento da habilidade funcional do seu portador. Ajuda a identificar complicações possivelmente tratáveis e a distingui-las da progressão característica da doença. Através da avaliação das capacidades funcionais da pessoa acometida, estagia a progressão da mesma (de doença de Alzheimer incipiente a severa).

Funcionamento Afetivo

Os distúrbios afetivos compreendem os estados maníacos e os depressivos. A prevalência dos estados maníacos é pequena na velhice. Os estados depressivos são freqüentes e têm um pior prognóstico. Sua duração costuma ser mais longa, e ocorrem recaídas freqüentes. Quando duradouros ou muito severos, interferem com a competência social e até mesmo com a capacidade de autocuidado e de vida independente, principalmente quando não forem diagnosticados. Uma outra conseqüência é a perda da autonomia. A prevalência de depressão séria não-detectada é alta entre os idosos. O uso de instrumentos estruturados para rastreamento e busca ativa de sinais e sintomas depressivos em idosos ajuda a diminuir tais problemas, além de permitir sua prevenção e terapêutica, devolvendo ao indivíduo a alegria de viver.

Inúmeros são os testes e escalas de avaliação de depressão no idoso. A maioria possui validade e confiabilidade, sendo útil na prática clínica para rastreamento de distúrbios afetivos. Alguns apresentam um ponto de corte, que ajuda a estabelecer o diagnóstico, mas o diagnóstico final não deve e não pode ser baseado apenas nesse resultado frio. Muitos têm a inconveniência de exigir um profissional habilitado para sua aplicação, o que impede seu uso universal e prático. Vários dependem de informações conseguidas em entrevistas, uma limitação em situações em que o entrevistado possui deterioração cognitiva ou não colabora de forma alguma. Alguns exemplos de tais instrumentos: *Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Inventory, Geriatric Depression Scale (GDS), Short Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (Short CARE), Zung Self-rating Depression Scale, Cornell Scale* e outros.

Os gerontólogos devem estar alertas para diferenciar se a habilidade funcional diminuída, que acomete um idoso deprimido, é causa ou conseqüência da depressão, isto é, se ele está deprimido porque se tornou dependente, incapacitado, sem autonomia, ou se ele está com redução de sua capacidade funcional porque se tornou deprimido.

Desempenho Social

A proporção aumentada de pessoas mais velhas na população traz novas pressões sociais e novas necessidades. Premida por esse envelhecimento populacional, a sociedade terá de encontrar soluções, levando em conta, em primeiro lugar, a prevalência aumentada de incapacidade à medida que os anos passam. O desafio é examinar e compreender a natureza e a magnitude dessas necessidades, e selecionar medidas e políticas que ajudarão a melhorar a condição e o desempenho social dessa população. Mas, não só isso. O desempenho social é um conceito mais amplo, que abrange todas as atividades e relações humanas. Sua avaliação envolve uma investigação das interações da pessoa com as demais e com o meio. Na opinião de Kane[12], há diversas dimensões do funcionamento social dos idosos, importantes para sua avaliação gerontoge-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

riátrica, a saber: as relações sociais (sua freqüência, contexto e qualidade); as atividades sociais (sua freqüência, natureza e qualidade); os recursos sociais (incluindo rendimentos, moradia e condições ambientais); o suporte social (que tipo de ajuda de outras pessoas o idoso recebe e com que tipo de ajuda se pode contar, caso necessário); a sobrecarga e o estresse que recaem sobre a família em geral e sobre o cuidador em particular, quando convivendo e cuidando de idosos fragilizados e dependentes.

Idosos fragilizados por doença crônica e séria ou incapacidade necessitam, usualmente, de um sistema de suporte, uma rede social de apoio, para permanecerem na comunidade. Caso contrário, serão institucionalizados. Mas, tragicamente, a dependência costuma surgir numa ocasião em que seu grupo de apoio e seus entes queridos estão diminuindo drasticamente devido a mortes ou se tornando também incapacitados, ou com dificuldades financeiras. Os países que se prepararem para isso, construindo esse suporte social, amenizarão as dificuldades de seus idosos fragilizados e poderão devolvê-los à plena capacidade social.

Há uma suposição geral, ainda não bem fundamentada, de que pessoas idosas socialmente bem integradas em suas comunidades podem ter capacidade aumentada de se recuperar de doenças e, com isso, uma probabilidade maior de sobrevida mais longa. Por outro lado, é certo e sabido que isolamento social é fator de risco definido para morbimortalidade. Daí a necessidade de avaliação do desempenho social e de eliminação ou abrandamento das condições que levam à incapacidade social.

O que é incapacidade social? Quem são os idosos socialmente incapazes? Quantos são? Quais suas necessidades específicas? Tais necessidades poderão ser preenchidas por condutas, políticas ou serviços? De que tipo? Todas essas são perguntas que os gerontólogos ajudarão a responder. Branch e Jette[5] definem incapacidade social como limitação ou inabilidade para desempenhar papéis ou obrigações sociais. Stromberg[30] afirma que "pessoas idosas parecem ser mais vulneráveis a disfunção psicossocial, quando experimentam alterações significativas em suas vidas". Aposentadoria, viuvez, perda de amigos, alterações na composição familiar, problemas familiares, mudança de residência, migração e dificuldades financeiras são fatores de risco para disfunção psicossocial.

Infelizmente, muitos médicos, geriatras inclusive, quando prestando assistência a pessoas idosas, doentes ou incapacitadas, ignoram freqüentemente essa dimensão da saúde e bem-estar humano e, por isso, não desenvolvem um plano global de cuidado, que permitiria a seus assistidos um nível de integração na comunidade, uma diminuição da disfunção social e até mesmo reversão da incapacidade social. Dentro de uma perspectiva médica, a avaliação da função social deverá ajudar a compreender melhor o indivíduo, a decidir o que fazer e a melhor forma de fazer. Quando se afirma que "o idoso deve ser visto como uma pessoa total, completa", isso tem várias implicações. Primeiro, os resultados sociais do cuidado médico devem ser considerados. Por exemplo, condutas onerosas ou que se contrapõem a valores culturais e religiosos arraigados não serão seguidas, fazendo com que os problemas detectados, que geraram tais condutas, permaneçam. Segundo, há necessidade de se determinar, de antemão, como os fatores sociais influenciarão a obtenção dos objetivos a que o profissional se propõe. Também, como exemplo, um anti-hipertensivo que leve à impotência sexual masculina poderá ser abandonado, apesar de estar sendo eficaz para o tratamento da hipertensão. Terceiro, uma avaliação social bem-feita revelará dados que poderão influenciar as decisões acerca do cuidado médico.

Deve-se levar em consideração que medir o desempenho social não é fácil, pois se trata de um conceito amplo, que abarca todas as atividades das relações humanas e é influenciado pelas diferentes formas de pensar e ver o mundo. Muitos instrumentos de avaliação têm sido desenvolvidos, mas nenhum ganhou aceitação universal. É preciso encontrar índices e escalas que valorizem os aspectos importantes para o cuidado gerontogeriátrico, objetivando a manutenção ou a restauração da autonomia e independência.

Velhice Saudável

Há uma correlação positiva entre velhice saudável e vida independente, notadamente a independência física. A maioria dos idosos impõe a exigência de não dependerem de ninguém para garantir o próprio bem-estar. Evidentemente, aspectos culturais relativizam a positividade de tal correlação, homens não se importando de dependerem das mulheres nas tarefas domésticas, mulheres se submetendo à dependência econômica dos maridos. As épocas mudam, e mudam as formas de dependência e seu grau de aceitação. Quanto à autonomia, sua correlação com um envelhecer mais saudável é perfeita. Todos querem ser

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

donos de sua própria vida, ter a capacidade de decidir e escolher caminhos, mesmo para atos corriqueiros do dia-a-dia, como na escolha da roupa a vestir ou da marca do produto a comprar. Se esse objetivo não for alcançado, sentem-se infelizes, despojados da possibilidade de auto-realização, adoentados, impotentes. Portanto, saúde e bem-estar se correlacionam com independência e, principalmente, com autonomia.

Para enfrentar o desafio da obtenção de uma velhice saudável, conservando, inclusive, a autonomia e o máximo de independência, é preciso modificar as estratégias de intervenção, para que não se fique simplesmente na abordagem clínico-curativa. Os profissionais de saúde devem se envolver com outras estratégias de cuidado de saúde, apropriadas para cada determinante do estado de saúde (Tabela 48.3). O primeiro determinante é o biológico-genético-psíquico, cuja estratégia apropriada é o *cuidado profissional* (médico, fisioterápico, psicológico, de enfermagem etc.), no qual se diagnostica, trata, cura, previne seqüelas e complicações, reabilita. O segundo determinante são os comportamentos de saúde, os estilos de vida, e a estratégia a ser adotada é a da *prevenção de doenças* através de mudança de hábitos e comportamentos, como tabagismo, etilismo, vida sedentária e dietas. O terceiro é a comunidade, com seus valores morais e culturais, devendo-se incrementar a *promoção da saúde,* através de políticas e programas públicos, como, por exemplo, aleitamento materno, educação sanitária e em saúde, facilidade de acesso aos serviços de saúde e sociais, combate à desnutrição, dentre outros. O quarto determinante de saúde é o meio físico. A estratégia adequada nesse nível é a *proteção da saúde,* com medidas de prevenção de acidentes (de trânsito, do trabalho, domésticos etc.), saneamento básico, intervenções sobre o clima e a poluição, eliminação de barreiras geográficas e arquitetônicas, melhor enfrentamento de catástrofes (terremotos, incêndios, enchentes, tempestades, deslizamentos etc.). O último é a estrutura macrossocial; aqui as estratégias são gerais e amplas, com *ajustes ou rupturas na estrutura* (emprego, educação, aposentadoria, previdência social, políticas de governo, planejamento econômico, planejamento de saúde, lazer etc.). À medida que o nível de intervenção aumenta, vai-se passando de estratégias individuais para estratégias coletivas. Para garantir uma vida mais saudável, é preciso atuar em todos os níveis, e essa atuação necessita do trabalho de uma equipe interdisciplinar. Para os níveis mais abrangentes, o envolvimento deverá ser de toda a sociedade.

Tabela 48.3 Determinantes de Saúde e Estratégias de Intervenção

Nível	*Determinante*	*Estratégia*
1	Biológico-genético-psíquico	Cuidado médico
2	Comportamento de saúde (estilos de vida)	Prevenção de doenças
3	Comunidade	Promoção de saúde
4	Meio ambiente	Proteção da saúde
5	Estrutura macrossocial	Ajustes na estrutura

Fonte: Tarlov[31]

Conclusão

O que distingue a saúde do idoso é a possibilidade de manutenção da sua autonomia e sua independência. Daí a importância aumentada de se estudar e se prevenir a perda de função. Isto é fundamental para o idoso, e as medidas de manutenção da saúde devem levar em consideração essa possibilidade. A importância do estado funcional repousa em sua correlação com a sensação de bem-estar dos indivíduos, em sua utilidade como um preditor de saúde e de consumo de serviços sociais e em seu impacto (negativo ou positivo) sobre a família e a sociedade. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adverte que a saúde do idoso é mais bem avaliada em termos de função, levando-se em conta, sempre, as dimensões física, psíquica e social.

Se as políticas sociais e de saúde conseguirem promover a habilidade funcional da população idosa e construir um sistema adequado de suporte para ela, aumentará enormemente as chances de uma velhice saudável, o que significará uma vida com mais qualidade.

Referências Bibliográficas

1. Anderson M. Family structure in nineteenth century. Lancashire Cambridge: Cambridge University Press; 1971.
2. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. N Engl J Med; 1990; 322 (17): 1207.
3. Ashworth JB, Reuben DB, Benton LA. Functional profiles of healthy older persons. Age and Ageing; 1994; 23: 34.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

4. Besdine RW. Functional assessment in the elderly. In: Rowe JW, Besdine RW. Geriatric Medicine, 2nd ed. Little, Toronto: Brown and Company; 1988. p. 37.
5. Blessed G, Tomlinsou BE, Roth. Blessed-Roth dementia scale; 1988; 24: 75.
6. Branch LG, Jette AM. The Framingham disability study: social disability among the aging. Am. J. Public Health; 1981; 71: 1202.
7. Evans JG. Prevention of age associated loss of autonomy: epidemiological approaches. J. Chron. Dis; 1984; 37(5): 353.
8. Fisher AG. The assessment of IADL motor skills: an application of many faceted rash analysis. The Am. J. Occup. Ther; 1993; 47 (4): 319.
9. Folstein MF, Folstein SF, Herg PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state foi clinician. J. Psychiate Res; 1975; 12: 89.
10. França LHFP. Preparação para aposentadoria: desafios a enfrentar. Rio de Janeiro: Relume Dumará. UnATi/UERJ; 1999; 9: 143.
11. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev Saúde Publ; 1987; 21: 200.
12. Kane RA. Assessing social function in the elderly. Clinics in Geriatr. Med; 1987; 3 (1): 87.
13. 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 (12): 914.
14. Katz S. Assessing self maintenance: activites of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. J. Am. Geriatr. Soc; 1883; 31 (12): 721.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist; 1969; 9: 179.
16. Manton KG. Epidemiological, demographic and social correlates of disability among the elderly. Milbank Q; 1989; 67 (suppl. 2): 13.
17. Müller Spahn F, Hock C. Clinical presentation of depression in the elderly. Gerontology; 1994; 40 (suppl. 1): 10; 1994.
18. Nunes MI. Longevity, qualitiy of life, and elderly hypertension. O Mundo da Saúde; 2005; 29 (4): 556.
19. Papaléo Netto M, Yuaso DR, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. O Mundo da Saúde; 2005; 29 (4): 594.
20. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socioeconomic strata living in the community. Ph.D. Thesis, University of London; 1987.
21. Ramos LR, Perracini MR, Rosa TE. Significance and management of disability among urban residents in Brazil. J. Cross Cultural Gerontol; 1993; 8: 313.
22. Ramos. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em Centro Urbano. Projeto Epidoso Cad Saúde Pública; 2003; 3: 793.
23. Reisberg B, Ferris SH, Anand R. Functional staging of dementia of the Alzheimer's type. Ann. N.Y. Acad. Sci; 1984; 435:481.
24. Reisberg B. Dementia: a systematic approach to identifying reversible causes. Geriatrics; 1986; 41(4):30 46.
25. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics. Of caveats and names. J.Am. Geriatr. Soc; 1989; 37: 570.
26. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level. J Am Geriatr Soc; 1990; 38: 855.
27. Rosow I, Breslan N. A Guttman health scale for the aged. J Gerontol; 1996; 21:556.
28. Paschoal SMP. Desafios da longevidade: qualidade de vida. O Mundo da Saúde; 2005; 29 (4): 608.
29. Siu AL, Beers MH, Morgenstern H. The geriatric "medical and public health" imperative revisited. J Am Geriatr Soc; 1993; 41:78.
30. Stromberg LE. Social and spiritual contributors to independence. In: Yoshikawa TT Cobbs EL, Brummel Smith K. Ambulatory geriatric care. Missouri: Mosby Year Book Inc; 1993. p. 208.
31. Tarlov AR. The coming influence of a social sciences perspective on medical education. Acad Med; 1992; 67: 724.
32. Van den Heuvel W. The meaning of dependency. In: Munnichs J, Van den Heuvel W. Dependency or interdependency in old age. The Hague: Nijhoff; 1976.
33. Wilkin D. Dependency. In: Peace SM. Researching social gerontology — concepts, methods and issues. London: Sage Publications; 1990. p. 19.
34. Zimmerman SI, Fox K, Magaziner J. Demography and epidemiology of disability in the aged. In: Felsenthal G, Garrison SJ, Steinberg FU. Rehabilitation of the aging and elderly patient. Williams and Wilkins. Filadélfia; 1994. p. 11.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parte V

Aspectos sobre Políticas e Assistência à Saúde

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

49 Trajetórias das Políticas de Saúde: a Saúde Coletiva e o Atendimento ao Idoso

Virginia Maria Cristina Pellegrini
Virginia Junqueira

Introdução

O objetivo deste capítulo é tecer algumas considerações sobre a história das políticas de saúde no Brasil. Está dividido em dois momentos: inicialmente, para entender as transformações sofridas pelo setor saúde no país, serão feitos breves comentários sobre o moderno Estado nacional brasileiro, sua fundação em 1930 e desdobramentos posteriores. Na seqüência, examinaremos sucintamente as raízes históricas da concepção de saúde que é hegemônica na sociedade e na política de saúde operada pelo Estado brasileiro. Supomos ser esta a melhor forma de discutir o assunto em pauta, pois assim podemos examinar o objeto sem fragmentá-lo. A esfera da saúde é estudada mantendo contato com as demais instâncias, em especial a política.

Algumas Considerações sobre a Política Brasileira e o Setor de Saúde

A aquisição e a consolidação de poder à custa do emanharamento da linha que separa as esferas pública e privada está presente em maior ou menor grau nos aparelhos de Estado em inúmeros países, incluindo o Brasil. Pode-se falar em privatização do Estado, do clientelismo e da corrupção constituindo-se em formas de apropriação privada, controle e utilização de recursos públicos, inclusive no interior do setor saúde. E isto num país onde cerca de 20 milhões de pessoas não têm acesso a água tratada, 75 milhões não dispõem de serviços de esgoto e 60 milhões não são atendidos por coleta de lixo.

As pressões e tensões no trabalho ou geradas pelo desemprego, a falta de saneamento, a aglomeração e circulação de pessoas em transportes coletivos deficitários e sobrecarregados, as habitações de má qualidade, a alimentação inadequada e insuficiente e a poluição do meio ambiente são alguns dos determinantes da distribuição profundamente desigual, nos diferentes grupos sociais, do sofrimento físico e mental, das doenças e das mortes. Escapam ao controle tanto as doenças crônico-degenerativas, como as cardiocirculatórias (notadamente a hipertensão arterial sistêmica) e o *diabetes mellitus*, os tumores malignos e também as infecciosas, como a tuberculose, particularmente associada ao vírus da AIDS e ao alcoolismo. Recentemente a cólera necessitou novo enfrentamento por medidas de Saúde Pública e a dengue persiste integrando o perfil epidemiológico de algumas cidades, com grande potencial de difusão.

Endemias cujas presenças estavam circunscritas a áreas rurais, como malária, leishmaniose, esquistossomose e filariose se adaptaram a certas condições de transmissão em focos urbanos.

Essas doenças antigas convivem com novos problemas, como a AIDS e o consumo de drogas, que assumiram dimensões que os colocam como ameaças à saúde.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Acidentes de trânsito e diversas formas de violência contribuem para compor um quadro de problemas que faz com que residir nas nossas cidades seja considerado fator de risco de doença e morte.

Este risco, pouco especificado e difícil de ser evitado, leva a um medo constante e difuso, que resulta em diversas doenças psicossomáticas e comportamentos reativos nas diversas classes sociais[22].

Por outro lado, a Constituição Federal de 1988 nos indica que o setor saúde foi concebido de maneira absolutamente revolucionária, se compararmos o seu conteúdo com aqueles presentes nas Constituições anteriores.

Pode-se concluir que a legislação nacional, constitucional e infraconstitucional avançou na área da Saúde:

- se antes não constava da Constituição, a Saúde é hoje tratada numa seção especial do capítulo da Seguridade Social;
- além deste tratamento legislativo específico, a Saúde conquistou posição relevante, decorrente da prevalência concedida no texto da Carta Magna à ordem social em relação à ordem econômica;
- está elencada, dentre os direitos sociais (art. 6 da Constituição), sendo hoje considerada também um direito público subjetivo (art. 2 da Lei Orgânica da Saúde);
- a Saúde passou a figurar como a única atividade pública, socialmente útil caracterizada constitucionalmente como de relevância pública (art. 197 da Constituição);
- houve a determinação da participação da comunidade na formulação e gestão das ações e dos serviços de saúde;
- a municipalização das ações e dos serviços de saúde passou a ser tratada com prioridade na solução do macroproblema sanitário do país;
- ampliou-se o conceito de saúde, que deixou de significar apenas serviços médicos assistenciais[5].

A análise destes tópicos revela os avanços da Constituição de 1988, pelo menos em relação ao setor saúde, ao estabelecer a descentralização do poder e a participação popular como diretrizes do SUS, rompendo com certa ideologia — a ideologia de Estado — e com certo tipo de ligação entre Estado e sociedade, construída a partir de mecanismos centralizadores, arquitetados e postos em marcha desde 1930*. Em outras palavras, os nossos constituintes, no mesmo momento em que defenderam medidas fortemente regulatórias, desafiaram o centro ao redefinirem o caráter do novo Estado, tornando-o multicêntrico e acessível.

Após esta rápida exposição, impõe-se maior detalhamento do conceito ideologia de Estado e a explicitação dos citados mecanismos de centralização, desde o seu surgimento, pelos seguintes motivos: a necessidade de recuperar nossa tradição histórica para melhor compreensão do presente e aumentar a probabilidade de condução dos nossos próprios destinos; e a persistência de determinados padrões cooptativos geradores de clientelismo e da corrupção, cujo caldo de cultura é formado exatamente pela ideologia de Estado e a centralização do poder, apesar da Constituição de 1988.

A Ideologia de Estado

O ano de 1930 inaugurou uma nova fase histórica brasileira. Neste momento, iniciou-se o primeiro governo Getúlio Vargas e, com ele, a reorganização das estruturas de poder, movimento resultante de fatores exógenos — fenômeno que os especialistas costumam chamar de passagem do Estado gendarme ao Estado intervencionista — mas conduzido de maneira muito particular. O cientista político Bolivar Lamounier analisou o pensamento de diversos intelectuais brasileiros do começo do século, observando que o principal objetivo destes homens era justamente dar uma resposta bastante específica aos problemas de organização do poder no país[9]. E a mencionada resposta, segundo Lamounier, configurou-se naquilo que o autor denominou Ideologia de Estado. Esse arcabouço teórico possui vários elementos, valendo ressaltar a maneira como era encarado tanto o Estado como o mercado.

"O predomínio da matriz estatal, definindo-se por uma fundamental hostilidade ao princípio de mercado, manifesta-se, em termos positivos, por uma tendência a exaltar as virtualidades criadoras da intervenção deliberada, e do controle coercitivo através de um poder bu-

*O Brasil teve, até hoje, oito Constituições, a saber: a primeira, em 1824; a segunda, em 1891; a terceira, em 1934; a quarta, em 1937; a quinta, em 1946; a sexta, em 1967; a sétima, em 1969 (emenda Carta de 1967 proposta pela Junta Militar integrada por Augusto Hamann Rademaker Grunewald, Aurelio de Lyra Tavares e Marcio de Souza Mello); a oitava, em 1988.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rocrático; e em termos negativos, pela negação de qualquer racionalidade aos mecanismos de coordenação fundados em processos competitivos ou em ajustamentos automáticos compensatórios"[9].

É importante salientar que a referência não se limita apenas ao mercado econômico, mas também ao mercado político. "Trata-se de afirmar com precisão que este sistema se define basicamente pela tendência a afugentar do terreno da organização e ação políticas toda consideração de mercado em proveito de representações hierárquico-coercitivas, geralmente associadas a noções de integração subjetiva ao nível dos valores e lealdades[9].

Vale observar que os ideólogos do nosso moderno Estado nacional possuíam uma visão muito especial da esfera política, visão esta razoavelmente correspondente àquela que tinham da economia. Toda forma de confronto de interesses era compreendida como incorreção; algo a ser ajustado de cima, segundo critérios racionais. Assim, a política deixa de aparecer como processo de escolha, passando a vigorar como "opção técnica respaldada num definitivo ato de vontade". Desta maneira, as lutas operárias e as disputas regionais acontecem porque a estrutura de poder vigente não consegue controlar e organizar os distintos segmentos, obrigando cada um a desempenhar sua verdadeira função no corpo da sociedade, complementando-se. A harmonia surge de uma entidade superior e racionalmente arquitetada: o Leviatã benevolente.

"... o Leviatã benevolente que aparece no pensamento autoritário brasileiro é o guardião e a força vital de uma sociedade igualmente benevolente, cordial e cooperativa. Ele é benevolente porque a reflete em suas boas qualidades, e porque a corrige, severa, mas afetuosamente, nas más: nos impulsos infantis do comportamento rebelde; nas ações altruístas, mas errôneas, porque carentes de esclarecimento; e sobretudo, naquelas que se alimentam de motivações alienígenas, alheias à sua índole e essência."[9]

Parece óbvio a esses ideólogos que, ao defenderem as representações hierárquicas coercitivas e soluções fundamentalmente técnicas aos problemas, ao mesmo tempo, exercem os partidos políticos na condição veículos de certos interesses. As agremiações partidárias ora eram vistas como fontes geradoras de tensões sociais, ora como entidades incapazes de florescer em solo nacional, devido à incapacidade dos brasileiros de conduzirem seus destinos por meio dos partidos. Apenas à guisa de exemplo, citemos Paim Vieira[24], um dos integrantes da corrente autoritária, que assim expunha suas idéias em 1933:

"(...) Partido é o inimigo nato da harmonia social. Porque partido é um conjunto de indivíduos de interesses semelhantes que disputam a posse do Estado para dirigi-lo segundo as suas exclusivas conveniências, sem atender aos interesses de mais ninguém. Cada um sente-se no direito de arrebatar para si o melhor quinhão na partilha dos favores do Estado (...).

As classes vencidas que se agregam em outros partidos, não contentes com sua situação de exploradas, como reação unem-se nas famosas ententes, alianças ou frentes únicas, para deitar por terra o partido vencedor. (...) E assim, incessantemente, sucedem-se os embates e as mutações políticas. (...)

Esta permanente situação de instabilidade é, em todo o ponto, inimiga da prosperidade econômica. Pois as grandes iniciativas, em vista das constantes oscilações do meio, se retraem. (...) Em vez de técnicos florescem políticos. Em vez dos processos técnicos e da mecânica industrial, aperfeiçoam-se os processos e as máquinas eleitorais.

E a origem do que nós chamamos lutas políticas: porque para excluírem-se uns aos outros, esses poderosos dividem-se em grupos formados por certas afinidades de temperamento; grupos que se apresentam ao povo como realizadores de melhores organizações políticas e são tanto mais democráticos quanto seus membros têm menos o senso de interesse coletivo. Esses grupos são os partidos que lutam entre si pela conquista do poder e movem verdadeiras guerras.

(...) É mais fácil vencer uma eleição do que vencer uma dificuldade de ordem técnica. E, eliminando estas dificuldades técnicas, que selecionam os valores, a produção permanece na mão de incompetentes de quem nada se pode esperar."

"É o caso brasileiro."[24]

Outro importante elemento da ideologia de Estado é o horror à aparição de César. O líder carismático, uma das três formas típico-ideais de dominação legítima, já foi intensamente analisado por diversos autores. Max Weber, sociólogo alemão formulador da referida tipologia, via no carisma a única maneira de arrancar os povos de suas tarefas rotineiras, elevando os respectivos países para um patamar mais alto se comparado a posições anteriores. Assim, Weber concebia Lenin e a Revolução Russa de 1917. E por isso mesmo o pensamento autoritário repudiava a figura de César. O que os ideólogos do Estado Novo preten-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

diam era exatamente congelar os grupos sociais dentro da rígida moldura sonhada para o quadro institucional brasileiro; pretendiam esfriar o relacionamento entre os grupos sociais, e quem costuma atear fogo é o líder carismático e não o burocrata.

Segundo Francisco Campos "a ideologia autoritária é uma ideologia de Estado neste duplo sentido: ela visa à integração político-social sob a égide tutelar do Estado, e não a integração mobilizadora que desfaz a demarcação jurídica e burocrática entre Estado e sociedade; e teme o inevitável corolário da mobilização das massas — a aparição de César —, que dissolve o Estado como unidade jurídica impessoal em favor da autocracia plebiscitária."[9]

Teoria das Arenas Decisórias

O moderno Estado nacional brasileiro foi fundado entre 1930 e 1945, exatamente durante o primeiro governo de Getúlio Vargas. Neste período, foram lançadas as bases do novo modelo de relacionamento entre Estado e sociedade, que vigorou até meados da década de 80, ou seja, o referido modelo continuou em desenvolvimento mesmo após o término do Estado Novo, durante o período usualmente chamado democrático-populista (1946-1964), aprofundando-se até o esgotamento na fase inaugurada com o golpe militar de 1964.

É importante ressaltar que o nosso moderno Estado nacional se organizou fora e acima de qualquer controle da sociedade. Basta observar em que momento ele sofreu a mencionada redefinição, expandindo-se. Não causa espanto, portanto, que o Estado tenha se caracterizado pela hipertrofia do Executivo, visualizada através da centralização do poder econômico e técnico, da transformação das agências governamentais em entidades de caráter legislativo e da absorção dos grupos de interesse para o interior das recentes estruturas de poder. Afinal, imperava a Ideologia de Estado e o recém-criado arcabouço institucional deveria estar à altura do pensamento autoritário, conforme analisado anteriormente. Muitos autores encontram na fragilidade objetiva das classes e dos grupos de interesse a fonte geradora desta aguda inflexão cooptativa.

Aos mais desavisados pode parecer que a queda do Estado Novo (1945) anunciou o fim de uma era — a ditadura varguista — surgindo, em seu lugar, um regime onde os procedimentos democráticos foram efetivamente institucionalizados. Atualmente, a literatura política tende a defender linha oposta. Na verdade, os textos indicam o seguinte:

"Deste modo, se em 1945 foi deposto o presidente Vargas, na liderança do processo de redemocratização do país manteve-se a mesma elite política que comandava o regime deposto e sob sua direção promoveram-se as primeiras eleições nacionais e a formulação da Carta Constitucional de 1946, que deixou praticamente intacto, em pontos cruciais, o arcabouço institucional do Estado Novo.

Uma leitura mesmo superficial da história política de 1943 a 1946 mostra sem ambigüidades que a maciça maioria dos legisladores e políticos responsáveis pela formulação teórica da vida partidária democrática nacional não só não se renovara, como também, o que é mais contundente, era a mesma que na década anterior havia encontrado nas doutrinas antiliberais a solução para os problemas políticos que o país enfrentava."

Segundo Campello de Souza, o período multipartidário inaugurado com a Constituição de 1946 já nasceu não exatamente fadado ao fracasso, mas sob efeito de elementos fortemente inibidores. É impossível desconsiderar a ideologia de Estado ainda viva, pois não havia acontecido uma substituição radical das elites com a virada do regime, e sim a sua manutenção; e, evidentemente, a persistência dos mecanismos centralizadores e a hipertrofia do poder executivo. Como os partidos políticos se comportariam numa situação como esta?

Também naquele momento (1946-1964), os políticos eram insistentemente taxados de corruptos e clientelistas. De fato, as agremiações partidárias se utilizavam destes procedimentos, visando à aquisição e consolidação do poder. Contudo, num contexto de extrema fragilidade da sociedade e pesando sobre os partidos aqueles fatores inibidores, seria estranho que as coisas corressem de forma diferente.

De um ponto de vista mais teórico, poder-se-ia argumentar, exatamente como fez Campello de Souza, que o comportamento dos partidos políticos se explicaria a partir da teoria das arenas decisórias, conforme proposta por Theodore Lowi. Este autor examinou a atuação dos distintos grupos de interesse e partidos políticos norte-americanos diante de diversas questões, observando a existência de três tipos de arenas decisórias, cada uma delas portadora de estrutura bastante peculiar. A Tabela 49.1 pretende esclarecer o exposto.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Isto posto, é possível dizer que a contínua reverberação da ideologia de Estado e a fundação do Estado nacional antes da criação do sistema partidário empurraram as agremiações a atuarem basicamente nas arenas distributiva e regulatória. A conjuntura na qual se deu a queda do Estado Novo permitiu que todo o peso do arcabouço institucional. do (nem tanto) antigo regime continuasse exercendo seus efeitos sobre o Parlamento, afetando, profundamente, o funcionamento da Casa recém-organizada. Lembrar que as decisões capazes de promover a redistribuição de recursos econômicos e políticos conduzem as classes sociais ao realinhamento, chegando a colocar, frente a frente, grupos sociais cujos interesses são dificilmente conciliáveis. Quando as agências governamentais assumem este papel, retiram dos partidos a possibilidade de enfrentarem questões verdadeiramente substantivas, impedindo-os de firmarem raízes na sociedade, deixando missões bem menos nobres aos seus integrantes.

"Na medida, com efeito, em que o Estado desenvolvimentista impõe, ou requer, uma enorme concentração das decisões do tipo redistribuição no executivo federal, que condições se apresentam para a institucionalização da representação através do sistema partidário e do poder legislativo? Não parece evidente, com efeito, que política partidária se tornará assim sinônimo de clientelismo — política distributiva — e eventualmente de corrupção ou ineficiência — política regulatória."

Tabela 49.1 Tipos de Arenas

Tipo de Arena	
	Distributiva
	Regulatória
	Redistributiva
Grau de Desagregação de Interesses	
	Alto
	Razoável
	Baixo
Possibilidade de Evidenciamento de Ganhadores e Perdedores	
	Nenhuma
	Média
	Alta
Exemplo	
	Reivindicações locais por água etc.
	Atividades de vigilância sanitária
	Reforma agrária

Elaborada a partir da interpretação dada por Campello de Souza (1976) às idéias de Lowi cujo texto se chama "American Business, Public Policy. Case studies and political theor"'. In: World Politics, XVI, July, 1964.

Os Anos Dourados

Ano de 1964, primeiro dia de abril. Golpe militar no Brasil. Aqui não se pretende dizer que tudo aconteceu devido ao "mero desdobramento de virtualidades anteriores" para usar, mais uma vez, outra expressão de Campello de Souza. Entretanto, parece que *o breakdown* do regime estava, de certa maneira, anunciado desde a década de 1930. E mais: o modelo adotado pelos novos donos do poder segue as diretrizes contidas na ideologia de Estado. O horror à aparição de César era evidente — as eleições para a presidência da República, governos estaduais e para algumas cidades foram suspensas; a ojeriza aos partidos, marcante; e o medo da organização da sociedade em entidades autônomas, gritante. A centralização do poder e a desmobilização popular se tornaram a marca registrada da ordem recém-instalada.

Contudo, o Estado pós-64 possuía suas particularidades, mesmo que carregadas do espírito do passado. Aqueles que empolgaram o poder, como costuma acontecer nestes casos, quiseram mostrar-se ao público de forma absolutamente desligada de tudo que estava ali. Quiseram justificar, numa incansável busca de legitimidade, a posição adquirida, transformando-a em necessidade da própria sociedade que pretendiam abafar. Pois, afinal, tinham vindo para acabar com a corrupção, o clientelismo, a ineficiência, a bagunça, a inflação, o desemprego etc. Os condutores do processo se imbuíram da missão de levar o país do caos à ordem.

Quanto aos objetivos, estes deveriam ser alcançados com a reestruturação do aparelho administrativo, visando capacitá-lo para suportar a expansão do Estado sobre diversos setores da economia, numa escala jamais observada anteriormente. A ampliação das atividades estatais realmente aconteceu e à custa do incremento da capacidade extrativa da máquina, aumento este originado do aperfeiçoamento do próprio aparelho arrecadador ou pela criação de novas fontes de recursos financeiros. Luciano Martins[13] aponta para o notável crescimento da receita orçamentária da União, e a tendência para a centralização por parte desta mesma ins-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tância no tocante à arrecadação tributária, o que deixou os estados e os municípios à mercê do poder central em relação à transferência de recursos[13].

Todavia, o mesmo Martins[13] nos mostra outro momento deste processo. Se, por um lado, as agências governamentais passam a gerenciar tal volume de recursos, também começam a se distanciar dos órgãos que deveriam propor as diretrizes de ação e coordenar as inúmeras atividades nas quais estavam envolvidas aquelas agências. A fragmentação das estruturas estatais era evidente, bem como seus efeitos sobre o conjunto da sociedade: a superposição de competências e a aplicação de critérios empresariais na gestão dos recursos públicos (e não sociais). A linha que separa a esfera pública da esfera privada nunca foi tão tênue.

"As implicações, tanto deste padrão quanto desta dinâmica, não apenas se fazem sentir no nível das dificuldades que se criam para um planejamento integrado, mas também respondem pela emergência de um tipo sociologicamente novo e que se situa entre o administrador público e o executivo de empresa. Ambos os fatores é que sugerem que se comece a questionar tanto o significado efetivo do termo público quando aplicado às práticas de tais organismos, quanto à validade do conceito clássico de burocracia como esclarecedora da natureza desses novos administradores."[13].

O Setor de Saúde

Esta retrospectiva da história da política brasileira, mesmo que bastante resumida, serve para fornecer importantes elementos à compreensão das transformações verificadas no interior do setor de saúde. Esta área, como qualquer outra, sofreu as influências dos movimentos de caráter mais geral. Isto não significa que o ocorrido dentro da área mencionada seja mero reflexo de processos desencadeados por alguma instância com maior peso. Pretende-se apenas ressaltar que é pouco produtivo avaliar aquele setor, examinando-o de maneira isolada.

Assim, é possível entender as motivações profundas que levaram o sistema previdenciário a evoluir das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), com o advento da Revolução de 1930. A centralização na tomada de decisões e a subordinação do trabalhador em relação à burocracia estatal no controle das entidades revelam procedimentos de inspiração fortemente varguista, bem como a utilização de cargos e recursos da previdência pelo antigo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), entre 1946 e 1964, como estratégia de aquisição e consolidação de poder. Vimos que restava muito pouco às agremiações partidárias, exceto orbitar em torno das arenas distributiva e regulatória, da forma como elas são usualmente encaradas no país.

A Ideologia de Estado e os mecanismos de poder vigentes desde o primeiro Governo Getúlio Vargas; tomaram novo fôlego em 1964. Surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), momento de agudização na inflexão cooptativa dentro do setor saúde. Aprofunda-se a centralização de poder, e afasta-se, definitivamente, o trabalhador da gestão da instituição. O resultado é a consumação do casamento entre a tecnoburocracia e certos grupos de interesse, o que permitiu a drenagem, em larga escala, de recursos públicos para a esfera privada.

Contudo, durante a década de 1980, a fonte secou. Em outras palavras, neste momento se esgota o modelo de relação Estado/sociedade vigente desde 1930. O setor de saúde, como os outros, sofre as conseqüências do fenômeno assim analisadas por Eugênio Vilaça Mendes[14]:

"O resultado desse movimento é que, em 1988, mais de 50% dos estabelecimentos privados de saúde não são pactuados com o Inamps."

Daí resulta um processo de descredenciamento seletivo da rede privada do Inamps, porque restrito ao segmento moderno de prestação de serviços. Como exemplo, nos últimos anos da década de 1980, em Belo Horizonte, de um total de seis mil leitos contratados e conveniados, desativaram-se ou descredenciaram-se, total ou parcialmente, dois mil leitos, o que corresponde a 33% do total. Uma análise dos leitos descredenciados mostra, exatamente, que eles pertenciam a hospitais mais modernos ou em fase de modernização acelerada. De uma maneira geral, os hospitais modernos que mantiveram leitos contratados com a Previdência Social destinaram-nos, somente, aos procedimentos de alto custo."[14]

"É a plena vigência da exaustão de um modelo com cinco décadas de existência. A crise está instaurada... O que se pretende designar com o termo crise é a combinação de circunstâncias excepcionalmente adversas, com uma incapacidade macro-social de escolher e fixar um rumo capaz de superá-las; ou seja, uma tendência à paralisia decisória justamente quando escolhas fundamentais se tornam imperativas, tendo em vista um conjunto especialmente denso de adversidades"[10].

Em outras palavras, a partir do esgotamento do modelo contido na ideologia de Estado, nenhum gru-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

po social havia conseguido apresentar outro que conseguisse substituí-lo; daí a crise. Poder-se-ia argumentar que, pelo menos em se tratando do setor saúde, o mesmo não ocorreu. Os integrantes do Movimento da Reforma Sanitária propuseram o Sistema Único de Saúde (SUS), uma alternativa viável e superior de organização para o enfrentamento dos graves problemas de saúde da população. De fato, é possível observar que no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, os seus participantes não aprovaram simplesmente uma reforma administrativa, mas propuseram uma nova forma de relação Estado-sociedade, privilegiando a descentralização e a participação popular.

Analisando-se as características da história brasileira, verifica-se que as diretrizes do SUS correspondem a um notável desafio ao passado. Entretanto, parece que sua efetiva implantação depende de outros fatores, estes externos ao setor. Assim, é fundamental discutir qual concepção de Estado, em sentido mais geral, é compatível com o SUS?

Vimos que o revertério de 1930 se deu em resposta a certo fenômeno de escopo mundial, a transição do Estado gendarme ao intervencionista, para uma situação bastante particular — a política brasileira do começo do século XX.

Atualmente, passamos por novo movimento, também de caráter global: hoje, o Estado nacional é compreendido pela vertente do pensamento neoliberal como o causador de todas as desgraças e infortúnios que, de diferentes maneiras, vêm afetando as sociedades capitalistas[1]. Neste contexto, a atribuição do *déficit* público à ineficiência, à inépcia, à corrupção e ao gigantismo estatais tem como conseqüência a adoção de programas de ajuste estrutural e de reforma do Estado que impõem restrições de recursos na área social. São estas as soluções propostas particularmente aos países capitalistas periféricos pelas agências internacionais de cooperação e operadas mediante políticas privatistas e orientadas pela livre ação do mercado[15].

Na contracorrente do movimento neoliberal, nas leis do SUS inscrevem-se os princípios doutrinários de universalidade do acesso, com assistência garantida mesmo para aqueles que não estão inseridos na economia dita formal; de integralidade da atenção e de compromisso com a eqüidade[16]. Entre os princípios organizacionais estão a descentralização, a municipalização da gestão do sistema e a participação da população por meio de fóruns paritários e deliberativos: os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 1993).

Tais princípios têm sido reinterpretados à luz dos cortes dos investimentos sociais, do fortalecimento das ações de caráter privado e da redução das funções do Estado, cujo papel passa a ser de "sócio, elemento catalisador e impulsionador"[23] e não mais de executor direto da prestação de serviços. Em 1993, o Banco Mundial publicou um relatório cujo tema central foi o setor de saúde. Além de uma avaliação geral sobre a saúde no mundo, o relatório trazia proposições detalhadas acerca da reforma dos sistemas de saúde dos países "em desenvolvimento", acenando com a possibilidade de financiamento para projetos que se harmonizassem com as reformas propostas[18]. A intervenção dessa instituição no campo da saúde é relacionada à ofensiva das políticas neoliberais, que abriram espaço para uma forte crítica ao papel do Estado, como provedor de proteção social, operacionalizadas mediante políticas públicas de caráter universal e igualitário[18].

No setor de saúde, o caráter universal da atenção tem sido o princípio mais fortemente questionado,[18] questionamento este apoiado na significativa elevação das despesas com a assistência médico-hospitalar das últimas décadas. A tecnificação e a despolitização da esfera pública vêm ao encontro da busca de maior eficiência, abrindo caminho para que se institua, além de arranjos empresariais, a lógica da iniciativa privada. Nas palavras de Cohn[7], "trata-se de um processo insidioso que diz respeito ao transplante da racionalidade da administração privada (leia-se do mercado) para o interior dos serviços estatais de saúde. E isso tanto no que diz respeito ao cálculo do custo/efetividade dos distintos tipos de investimento — portanto na definição das diretrizes e prioridades políticas na saúde — como na forma como vem sendo equacionada a tão propalada busca de eficiência do setor estatal."[7]

Na visão neoliberal, a solução da crise consiste em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo[11]. A autora afirma que a proposta neoliberal busca a redução da intervenção do Estado, mediante a privatização e a desregulação da economia, bem como a diminuição das funções estatais relacionadas ao bem estar social. Aponta como estratégias concretas dessa proposta "a privatização dos fundos sociais e da produção de serviços, o corte do gasto social, com a eliminação de programas e redução de benefícios; a focalização do gasto... e a descentralização ao nível local."[11]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Contrapondo-se a essa visão, diz a autora: "As políticas sociais devem ser apreciadas pela sua capacidade de concretizar direitos sociais, pelo seu universalismo, pela solidariedade e responsabilidade coletiva, em oposição à mercantilização de serviços."[11]

Esta discussão nos remete às distintas concepções de saúde que embasam as diferentes políticas para o setor.

Saúde/Doença: Diferentes Concepções através da História

Através da história, as sociedades humanas vêm constituindo diferentes modalidades de organização de poder. Nas épocas mais recentes, foram criados os Estados Nacionais, aos quais correspondem concepções diferenciadas de mercado e formas diversas de representação de interesses dos grupos sociais envolvidos. Concomitantemente, vêm se transformando as interpretações dadas pelo homem à questão da saúde e da doença, de acordo com o progresso técnico, os valores e as crenças dominantes em cada época. A trajetória histórica da Saúde Pública foi abordada com profundidade na obra já clássica de Rosen[21], na qual nos baseamos para o desenvolvimento do texto que se segue.

Em correspondência às diferentes interpretações da saúde e da doença, apresentaram-se respostas sociais variáveis às demandas por saúde e bem-estar, cuja natureza está em consonância com a relação estabelecida entre os poderes constituídos e a sociedade em cada momento histórico. Na Europa Ocidental, na Idade Média, atribuía-se aos miasmas, emanações provenientes dos dejetos, a faculdade de disseminar as doenças. Na medida em que as cidades foram surgindo, provocando crescentes aglomerações populacionais, onde a troca de mercadorias era realizada, a resposta à necessidade de alívio do sofrimento individual e de controle da propagação das doenças se efetivou em duas vertentes principais. Por um lado, a prática clínica desenvolvia-se predominantemente na esfera privada e seu acesso era mais fácil para os grupos mais ricos da sociedade. Por outro lado, a intervenção dos poderes constituídos sobre a saúde da população se concretizava na prática da vigilância, que consistia na observação da ocorrência de doenças, registro e análise destes dados e as medidas decorrentes, entre as quais a quarentena e o isolamento dos doentes, limpeza urbana, do meio ambiente e das casas. Cada país em formação teve uma expressão particular da vigilância. Assim, por exemplo, na Alemanha, paralelamente ao esforço de unificação para fundar um estado nacional, em uma conjuntura histórica de corte absolutista, foi engendrada a Polícia Médica, caracterizada pela intervenção estatal autoritária na vida das pessoas, com o objetivo de assegurar um melhor padrão de saúde, compatível com as exigências do mercantilismo que prosperava. O modelo alemão da Polícia Médica foi difundido para países como a Itália e Dinamarca. Outros se apropriaram dele de forma diferenciada, como a França e a Inglaterra. Em ambos os casos, a nobreza foi alijada do poder, mas isto aconteceu em processos históricos bastante diversos. A Revolução Francesa foi uma ruptura violenta entre a burguesia emergente e os nobres, enquanto no cenário inglês esta transição se efetivou através de reformas políticas. A intervenção do Estado sobre a saúde dos cidadãos assumiu a configuração da Medicina Social na França e da Saúde Pública na Inglaterra. Nestes países, preponderaram as preocupações sobre as condições de vida, ainda que a conexão destas com a saúde fosse marcada pela interpretação positivista dos fenômenos, isto é, pelo esforço de extrair regularidades entre os eventos observados, renunciando à explicação de uma possível essência. O objetivo da política do setor saúde na Inglaterra era o controle dos pobres, e toda uma legislação específica era voltada para este grupo populacional. As respostas se situavam privilegiadamente no campo da Engenharia, sendo calcadas nas intervenções sobre os espaços urbanos. Estas leis decorreram da necessidade de garantir a força de trabalho, bastante afetada pelas aviltantes condições de trabalho nas fábricas e de moradia nas cidades, em uma fase de industrialização intensa. Em conseqüência, neste país se diferenciaram três formas de intervenção: a medicina assistencial, dirigida para o controle da população pobre, a medicina administrativa, preocupada com os aspectos preventivos, como vacinação, saneamento do ambiente e controle das epidemias, e a medicina privada, para os segmentos que podiam custear a assistência.

Na França, a Medicina Social concentrava as práticas no controle do meio, aprimorando o saneamento possível do ambiente.Vale lembrar que tudo isto se fazia sob a égide da concepção miasmática da saúde e doença.

A descoberta do microrganismo, no final do século XIX, pôs fim à era do paradigma miasmático, inaugurando o paradigma da causalidade, sustentado pelo triunfo da bacteriologia. A explicação da doença passou a ser centrada na interação entre o hospedeiro — o ser humano — e o agente infeccioso.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O impacto das descobertas no campo da microbiologia provocou o enfraquecimento do ideário construído por autores que concebiam a saúde e a doença vinculadas à realidade social, como Virchow, na Alemanha, e Engels, que embora de origem alemã, vivia na Inglaterra, ambos sendo integrantes da corrente filosófica do socialismo.

As campanhas de vacinação e o combate aos vetores, respostas sociais orientadas pelo modelo unicausal, tiveram sucesso em deter o avanço de várias epidemias e em reduzir a mortalidade.

O vertiginoso progresso científico do início do século XX, quando se sobressaíam disciplinas como a clínica, a fisiopatologia e a anatomia patológica, provocou a rápida superação da explicação unicausal em favor da multicausalidade. Esta preservou a mesma lógica de buscar a regularidade entre a ocorrência de fatos, trabalhando com a associação de um número crescente de variáveis, sem se ocupar na busca de uma essência, que, no dizer de Mac Mahon[12], um dos maiores expoentes desta vertente de pensamento, não pode ser apreendida pelo homem.

A multicausalidade foi se tornando cada vez mais complexa na medida em que o avanço científico se acelerava. Nos países desenvolvidos, as moléstias contagiosas foram sendo controladas e o perfil de morbimortalidade passou a ser dominado pelas enfermidades cronicodegenerativas, cardiovasculares, cerebrovasculares e tumores malignos, além das causas violentas de lesões e morte. Ao mesmo tempo, principalmente nos países do Terceiro Mundo, certas doenças resistiam às novas técnicas de controle (vacinas, antimicrobianos, inseticidas etc.).

Para ampliar o poder de interpretação deste novo quadro, a ecologia e a geografia foram incorporadas no arsenal teórico do modelo explicativo, e fatores culturais começaram a ser valorizados.

Aspectos sociais passaram a ser considerados, ainda que naturalizados pela ótica ecológica, que entende a doença como uma perturbação do equilíbrio existente entre os seres vivos. Assim, elementos relativos à inserção social dos indivíduos são lidos como quaisquer outros fatores da cadeia multicausal e decodificados como renda, ocupação, escolaridade, sem preocupação em esclarecer entre eles conexões de caráter hierarquizado.

Esta modalidade de interpretação da saúde e da doença deu origem, na atualidade, ao modelo assistencial centrado no hospital, nos cuidados médicos dispensados ao indivíduo, na hiperespecialização dos profissionais do setor e em um número crescente de exames complementares, o que tem acarretado custos crescentes e insuportáveis do sistema de saúde em quase todos os países que o praticam, provocando a insatisfação dos usuários.

Ao lado desta modalidade de assistência hegemonizada pela relação liberal médico-paciente, a intervenção estatal sobre a saúde das populações continua se fazendo através das ações denominadas Vigilâncias Epidemiológica (VE) e Sanitária (VS). O objeto da VE é constituído fundamentalmente pelas doenças transmissíveis, e reflete em grande parte a preocupação dos países ricos em limitar o avanço em direção aos seus territórios de epidemias e endemias com as quais convive o chamado Terceiro Mundo. Os dados gerados pelas redes de serviços públicos que alimentam este sistema de informação são analisados de forma centralizada e, a partir daí, são tomadas decisões que devem ser executadas pelos serviços. Há uma separação nítida entre quem pensa e quem executa. Isoladamente, como geralmente são realizadas, as medidas de VE têm pouco impacto sobre o controle das doenças transmissíveis, como pode ser depreendido pela simples observação do quadro sanitário brasileiro. Por sua vez, a VS lança sua intervenção sobre o meio ambiente, tentando controlar a circulação de mercadorias e a prestação de serviços que podem afetar a saúde. Esta área de atuação envolve desde o processamento e consumo de alimentos — como estabelecimentos comerciais — até a fiscalização de serviços de saúde e correlatos. Em países como o nosso, assume um caráter marcadamente cartorial, e a pouca eficácia de suas ações é conhecida.

A Saúde Coletiva e o Atendimento ao Idoso

Portanto, há uma crise que, para além de seus aspectos econômicos, atinge o paradigma, isto é, os valores, crenças e representações vigentes sobre a saúde.

De um lado, a prática clínica, desarticulada de um entendimento mais abrangente do ser humano e apoiada em uma visão especializada de órgãos do indivíduo como compartimentos estanques, é hegemônica. Na melhor das hipóteses, está vinculada à epidemiologia clínica, que se debruça sobre o estudo da ocorrência de casos em indivíduos e grupos populacionais, tentando extrair associações e regularidades entre os fatores ligados ao caso, que possam ter valor estatístico e guiar as respostas oferecidas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Na ótica desta prática, o idoso gasta muito porque, pela natureza dos agravos que o acometem nesta sociedade, utiliza com freqüência recursos diagnósticos e terapêuticos de alto custo e já não é geralmente um ser produtivo. Os cuidados preventivos, atualmente em moda, como dieta, exercícios físicos, combate ao tabagismo e ao alcoolismo, entre outros, são dirigidos a cada pessoa e ignoram questões como a solidão, o isolamento, o empobrecimento afetivo e a segregação social. Portanto, como muitas outras das medidas preconizadas por médicos (não fumar, não beber álcool, comer alimentos mais saudáveis, caminhar todos os dias, medicar-se corretamente etc.) não encontram eco e tornam-se inócuas, por mais corretas que sejam, se consideradas intrinsecamente. Além do mais, não tocam o cerne do problema do idoso nas sociedades ocidentais, que é a sua desvalorização como ser humano, uma vez que sua vida já não influencia decisivamente o mercado. O culto à eterna juventude e o cuidado com o corpo tendem a excluir o idoso de forma cruel.

De outro lado, a chamada epidemiologia social, tendo como eixo a saúde coletiva, tenta oferecer respostas sociais às demandas por saúde e bem-estar partindo de um outro olhar. Busca-se compreender o indivíduo, suas queixas, necessidades e problemas localizando-o no interior de seu grupo social e apreendendo as vinculações desta situação com o que se passa no plano geral daquela sociedade concreta. Portanto, a situação de saúde só pode ser entendida e explicada com as conseqüentes respostas que precisam ser estruturadas, a partir de suas conexões com as condições de vida dos indivíduos e grupos sociais. A partir daí, a tentativa é de superação da dicotomia entre a atenção individual e a coletiva. Sem descuidar das ações curativas e de reabilitação, é feito um esforço de integrá-las às ações de promoção e prevenção. A saúde é entendida como resultado de políticas de várias áreas, como a econômica, agrária, de habitação, abastecimento, educação, transportes e segurança pública, indo muito além da intervenção do setor específico sobre indivíduos, cuja expressão mais comum em nosso meio é a relação entre o profissional e o paciente, através de uma consulta.

No Brasil, esta interpretação, ainda que com contradições, está inscrita na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde. A forma de operacionalização explicitada no texto legal, e que guarda coerência com os conceitos expressos, é o SUS, descentralizado, com participação popular, com ênfase nos aspectos preventivos e voltado para a integralidade e eqüidade da atenção.

Assim, a saúde coletiva em relação ao idoso poderia ser concretizada por equipes multiprofissionais que, trabalhando articuladamente, colocariam todo um arsenal interdisciplinar a serviço do bem-estar dos grupos de idosos, intervindo desde o nível da promoção da saúde, passando pela prevenção e a cura até a reabilitação.

Para que se possa superar tanto a separação quanto a ineficácia das tradicionais Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e a dicotomia entre a prática clínica individual e as práticas denominadas coletivas, a maior parte das intervenções sobre os problemas de saúde, para serem realmente eficazes, vão exigir que o setor saúde una esforços com outros setores, configurando sistemas de vigilância à saúde em vários níveis. Desde o distrital, podendo ser o distrito uma área de uma grande cidade ou o agrupamento de pequenos municípios, passando pelo nível regional, estadual até o âmbito nacional. A natureza do problema, sua relevância, a forma como afeta a população e outras particularidades é que vão ditar em que nível deve ser enfrentado e que conjunto de ações deve ser implementado para obter impacto positivo. A articulação do problema de saúde com as condições de vida dos indivíduos e grupos afetados deve ser investigada com profundidade e bem compreendida, notadamente no local onde ocorre o problema, atingindo pessoas concretas, que são acessíveis às equipes multiprofissionais.

Conseqüentemente, além da interdisciplinaridade e da equipe multiprofissional, um modelo de atenção à saúde inovador exige também um estreito conhecimento entre os profissionais do setor e a população pela qual são responsáveis. O estabelecimento de vínculos e da relação de co-responsabilidade é indispensável para que as ações realizadas possam mudar a realidade de saúde e de condições de vida de um grupo populacional. Esta vinculação é facilitada quando cada unidade de saúde conhece de modo aprofundado a população para a qual presta serviços. Sem que isto fira o direito universal de cada cidadão ser atendido em qualquer instância do SUS, as unidades, de acordo com seu nível de complexidade, que deve ser sempre reavaliado à luz dos problemas de saúde que precisam ser resolvidos, devem esquadrinhar seu território de abrangência, lançando e renovando sem cessar laços de conhecimento entre os profissionais dos serviços e uma determinada população. Esta tende a se ligar naturalmente cada vez mais a uma equipe de profissionais, se a reconhece como

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

envolvida com suas necessidades e problemas e dedicada a encontrar soluções de forma democrática e compartilhada. O compromisso dos usuários com tais soluções passa a ser radicalmente diferente.

O distrito sanitário pode e deve ser a concretização, no setor de saúde, deste novo tipo de relação Estado-sociedade, de caráter democrático, promotora da transferência de poder a partir dos centros decisórios. O objetivo, por meio desta descentralização, é transformar para melhor a realidade, através da intervenção dos atores sociais que mais têm interesse nesta mudança: aqueles que compõem a maior parte da população brasileira.

Conclusão

Segundo Norberto Bobbio, não existe conceito imediatamente operativo para descentralização e centralização. Além disso, tanto a descentralização como a centralização são encontradas, de forma absoluta, apenas em teoria. Na verdade, uma só assume significado quando comparada à outra. Isto é, chegamos à conclusão que uma dada instituição se apresenta de maneira descentralizada no momento em que a examinarmos tendo como parâmetro algo semelhante. E mais: elas não possuem valor em si mesmas; a descentralização assume, em determinados períodos históricos, conotação positiva, podendo o processo se inverter logo em seguida.

Observamos que, a partir de 1930, o Estado nacional brasileiro passou por profunda reformulação com a centralização e a verticalização de suas estruturas, desembocando naquilo que os especialistas designaram "modernização conservadora". Evidentemente, o setor saúde acompanhou as referidas mudanças.

Contudo, dando-se o esgotamento da fórmula proposta por Getúlio Vargas, em meados da década de 1980 novo projeto tomou seu lugar, pelo menos em relação à saúde: o SUS. As diretrizes são claras — a descentralização da gestão e a participação popular —, bem como as estratégias de implantação — a municipalização das ações e dos serviços de saúde e a construção dos distritos sanitários. Resta saber se as demais esferas também caminham rumo a esta revolução.

Parece claro que é impossível analisar o que ocorre dentro de uma área, no caso a saúde, sem examinarmos a totalidade na qual está inserida. Aliás, tal procedimento também foi observado quando estudamos as sucessivas alterações sofridas na forma de encarar o processo saúde/doença e de enfrentar os problemas de saúde dos diferentes grupos sociais, no mundo ocidental. Dos miasmas medievais ao conceito de vigilância à saúde há boa distância, assim como dos antigos mosteiros aos modernos distritos sanitários.

Parece claro, também, que o motor dos acontecimentos não é acionado simplesmente por forças externas à sociedade, e sim por pessoas de carne e sangue. E os idosos são parte integrante desta história.

Referências Bibliográficas

1. Boron A. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In Sader E & Gentili P (org.). Pós –neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. São Paulo: Paz e Terra; 1996. p. 63.
2. Brasil, Lei Federal 8.080; 1990.
3. Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. Trad. de José da Rocha Carvalheiro et al. São Paulo: Instituto de Saúde/SP Abrasco; 1986.
4. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. Trad. Luiz Roberto de Oliveira et al. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: São Paulo: Hucitec; 1991.
5. Carvalho GI, Santos L. Sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
6. Castellanos P (coord.). Proyecto: Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones; de salud y bienestar. Borrador de trabajo. Organización Panamericana de la Salud; 1991.
7. Cohn A. Por onde anda a Reforma Sanitária? Teoria e Debate; 2001; 48:10-4, jun/jul/ago.
8. Constituição. República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas; 1989.
9. Lamounier B. Formação de um pensamento político autoritário na Primeira República. Uma interpretação. In: Fausto B (org.). O Brasil Republicano. Sociedade e Instituições (1889-1930). São Paulo: Difel; 1978.
10. Lamounier B. Antecedentes, riscos e possibilidades do governo Collor. In: Lamounier B (org.). De Geisel a Collor: o balanço da transição. São Paulo: Sumaré; 1990.
11. Laurell AC. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: Barata R, Barreto ML Equidade e Saúde – Contribuições da Epidemiologia. Série Epidemiológica 1, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p.83.
12. Mac Mahon B, Pugh T. Princípios y métodos de epidemiologia. Versión espanõla por A. Ternoche. México: La Prensa Mexicana; 1975.
13. Martins L. Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.
14. Mendes EV (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1993.
15. Merhy EE, Bueno WS. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? São Paulo: Mimeo; 1997. p. 17.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

16. Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "saúde para todos". Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 1998.
17. Pereira DM (org.). Idoso: encargo ou patrimônio. O envelhecer em São Paulo. Corpo Municipal de Voluntários. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 1992.
18. PRO-ADESS. Desenvolvimento de metodologias de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro Relatório final. Rio de Janeiro; 2003.
19. Rizzotto MLF. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2000.
20. Rosen G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Editora UNESP; 1994.
21. Rosen, G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Trad. Angela Loureiro. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
22. Sabroza P, Leal MC. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: Leal MC (org.). Saúde, ambiente e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec; 1992.
23. Simionatto I. Reforma do Estado ou modernização conservadora. (http://www.forumsocialmundial.org.br); 2000.
24. Vieira P, apud Campello de Souza MC. Estados e Partidos Políticos no Brasil (1930 a 1964). São Paulo: Alfa Ômega; 1976.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

50 Processo de Construção e Implementação da Política do Idoso no Brasil

Jurilza Maria Barros de Mendonça
Albamaria Paulino de Campos Abigalil

Introdução

A questão do envelhecimento é um tema que está em evidência mundialmente. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população iniciou em meados do século XX e, nos países em desenvolvimento, a partir da segunda metade do século XX.

Atualmente, há no mundo 600 milhões de pessoas idosas. Este número aumentará aproximadamente para dois bilhões até 2050, quando superará pela primeira vez na história a população infantil (de 0 a 14 anos). Vale anotar que 60% deste segmento reside em países em desenvolvimento.

Segundo a divisão de População das Nações Unidas (ONU), hoje, uma em cada dez pessoas tem mais de 60 anos. Em 2050, a proporção será de uma em cada cinco.

O aumento do número de idosos será muito mais expressivo nos países em desenvolvimento, onde a população de 60 anos ou mais se multiplicará mais de nove vezes desde agora até 2050.

O aumento da expectativa de vida é uma razão fundamental nesta mudança demográfica e sócio-epidemiológica, alterando significativamente o perfil e necessidades da população idosa. Assim, nos últimos cinqüenta anos tem se verificado maior interesse no trabalho com a população idosa, colocando-se em destaque um prolongamento da vida humana, vivenciado com processos educativos, atitudes e hábitos saudáveis que possibilitem envelhecer ativamente, com saúde e dignidade.

No Brasil, esses aspectos são identificados, na qualidade das políticas públicas, no marco legal referente à Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso. Considera-se, ainda, o processo social e político ocorrido no âmbito das instituições governamentais, não-governamentais e dos movimentos sociais em curso no Brasil.

Para maior entendimento da construção deste processo no Brasil torna-se fundamental o conhecimento das ações ocorridas no âmbito do aparelho estatal, da sociedade e dos movimentos sociais para reivindicação e garantia dos direitos sociais aos idosos por intermédio da Política Nacional — Lei 8.942-94 e do Estatuto do Idoso — Lei 10.741 de 01.10.2003.

Processo Histórico

Em 1963, o Serviço Social do Comércio (SESC), que até então desenvolvia suas atividades visando ao bem-estar dos comerciários e suas famílias, deu início a um trabalho, considerado revolucionário para época, em prol dos idosos. O primeiro grupo se reuniu na cidade de São Paulo. Pode-se afirmar que o SESC, no Brasil, foi pioneiro nessa área.

O Ministério do Trabalho e Previdência Social, pela Portaria nº 3.286, de 27 de setembro de 1973, regulamenta a aposentadoria por velhice, instituindo como

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

beneficiário o "segurado com 65 anos ou mais de idade, se do sexo masculino, ou 60 anos ou mais, quando do sexo feminino".

Pela Portaria nº 82 de 4 de julho de 1974, o mesmo órgão amplia as formas de proteção social ao segurado idoso, além da assistência prestada direta ou indiretamente em hospitais e ambulatórios e/ou por convênios. O ato considera aspectos como abandono do idoso pelos seus familiares, explicita que as atividades deverão ser programadas "de acordo com as peculiaridades locais, enfatiza a importância do trabalho preventivo e propõe ações motivadoras para o apoio da comunidade, visando conscientizar a sociedade em relação ao problema do idoso" e disciplina condições para a internação custo-dia.

Considerando o caráter eminentemente social e humano da Lei nº 6.179/74, o Ministério da Previdência e Assistência Social publica a Portaria nº 212, dispondo que não prejudicaria o direito ao amparo previdenciário instituído pela Lei nº 6.179, a percepção, pelo amparado, de renda em dinheiro de valor não superior ao de renda de que trata a referida lei, bem como a residência em casa de outrem, parente ou não, e a condição de internado ou asilado.

Segundo estimativas do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) para 1990, o número de beneficiários da renda mensal vitalícia era 342.250 pessoas de 70 anos ou mais na área urbana e 341.585, na área rural sendo, portanto, 4,22% dos beneficiários previdenciários urbanos e 7,89% rurais.

O valor da renda mensal vitalícia, na época de sua criação, não podia ultrapassar 60% do salário mínimo regional. Desde abril de 1992, ele é de um salário mínimo, conforme Lei nº 8.213 de 24/07/1991, que dispõe sobre os Planos de Beneficiários da Previdência Social, inclusive para as concedidas antes da entrada em vigor da lei mencionada.

Acrescente-se que, segundo dados do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1998, cerca de 40% dos beneficiários da Previdência Social recebiam até meio salário mínimo e, aproximadamente, 80% até um salário mínimo. Com a Constituição de 1988 e sua posterior regulamentação em 1991, o salário de benefício mensal, que substitui o rendimento do trabalho, não poderia ser inferior ao salário mínimo, tendo a renda mensal vitalícia sido estabelecida com valor de um salário mínimo.

Em 1976, o governo demonstra sua preocupação com as questões sociais da velhice no país promovendo, através do Ministério da Previdência e Assistência Social, a realização de três seminários regionais (São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza) voltados à identificação das condições de vida do idoso brasileiro e do apoio assistencial para atender às suas necessidades. A partir das conclusões destes seminários, realizou-se, no final do mesmo ano, um seminário nacional sobre "Política Social da Velhice", do qual se originou o documento "Política Social para o Idoso: Diretrizes Básicas", editado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Em resumo, foram as seguintes principais propostos:

- implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetos, à manutenção do idoso na família;
- revisão dos critérios para concessão de subvenções a entidade que abrigam idosos;
- criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliário;
- revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;
- formação de recursos humanos;
- coleta da produção e informação e análise sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (DATAPREV), em entendimento com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre outras.

Embora 1976 tenha sido um marco na mobilização, nas discussões e na elaboração de propostas para a velhice (Associação Nacional de Gerontologia — 1989), depois de 15 anos, pouco ou quase nada foi implantando.

Preocupado em responder as questões sociais do país, o governo federal propôs reformulações definindo áreas específicas de atendimento correspondentes aos aspectos da Previdência e Assistência Social. Com essas medidas, coube a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) a responsabilidade de desenvolver todos os programas de assistência social, dentre eles, o programa de assistência ao idoso. Este programa, que antes estava sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social 838/77, Circular nº 1, de 21/10/1977, dos gerentes gerais de administrações unificadas e item 32 da Portaria nº 8 de 21/03/1978 da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A transferência do programa atribuiu à Legião Brasileira de Assistência a responsabilidade de executar

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a Política Nacional de Apoio ao Idoso de forma direta em suas próprias unidades executoras, por intermédio da ação comunitária; e de forma indireta, por meio de convênios e contratos com entidades especializadas. A ação desta entidade efetivou-se por intermédio de dois projetos principais: o Conviver e o Asilar, alcançando cerca de 1.200 entidades e 2.600 municípios através de convênios de cooperação técnica e financeira para liberação de renda per capita, revitalização e construção de equipamentos da rede pública e privada de atenção ao idoso no Brasil.

Com expressão da sociedade civil, criou-se a primeira organização social de idosos no Brasil: a Associação Cearense Pró-Idoso (ACEPI), tendo por objetivo reivindicar direitos dos idosos, estabelecendo trabalho conjunto com o Governo Federal e organizando entidades de atenção aos idosos.

Década de 1980

Com o Plano de Ação Internacional de Viena (Áustria), promovido pela Organização das Nações Unidas e aprovado na Assembléia de 6 de agosto de 1982, os países em desenvolvimento e os desenvolvidos firmaram um acordo comprometendo-se a executar e implantar políticas de atenção ao idoso.

Os países integrantes desta assembléia definiram diretrizes e recomendações prioritárias voltadas para as Políticas Sociais direcionadas ao idoso, afirmando que estas deveriam garantir os fundamentos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Em conseqüência desse processo de discussão, advertiu-se também que a qualidade de vida é tão importante quanto a longevidade. Na medida do possível, os idosos devem desfrutar, com suas famílias e comunidade, uma vida plena, segura e saudável.

O propósito principal desta assembléia mundial foi iniciar um fórum para traçar um programa internacional de ação, sensibilizando os governos e a sociedade sobre a importância de instituir um sistema de seguridade econômica e social para os idosos formulado com políticas adequadas, prestações de serviços, programas e projetos.

Outra questão proposta na Assembléia foi que os países, na hora de formular suas políticas, investigações e contatos, ao informar os meios de comunicação de massa, deveriam alertar que, para garantir um envelhecimento saudável, é necessário contar com o sistema de proteção e prestação de serviços e, fundamentalmente, com a participação ativa dos idosos. A sociedade deveria ser trabalhada visando adotar um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento social. Partindo desta compreensão, é indispensável criar uma consciência coletiva para investir e valorizar o envelhecimento. As políticas públicas direcionadas a esse segmento deveriam ser consideradas um investimento social, e não um gasto.

Considerando o cenário institucional, o processo de redemocratização e abertura política do Brasil possibilitou a participação e posicionamento dos movimentos sociais, culminando com a Constituição de 1988, que preconizou direitos ao idoso, conforme o capítulo da Seguridade Social em seus artigos 203 e 204, garantindo a este público um sistema de proteção social, incorporando algumas orientações da Assembléia Mundial de Viena. Nesta década foi criada também a Associação Nacional de Gerontologia, instituição técnico-científica de âmbito nacional.

Década de 1990

A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/93), aprovada em 7 de dezembro de 1993, inclui benefícios, serviços, programas e projetos de atenção ao idoso, com a co-responsabilidade das três esferas de governo, e a concessão do benefício de prestação continuada ao idoso a partir de 70 anos de idade, com uma renda mensal per capita de ¼ do salário mínimo. Assinale-se que a idade prevista de 70 anos foi revogada pela Lei nº 9.720 de 30/11/1998, que a altera para 67 anos.

A Política Nacional do Idoso aprovada em 4 de janeiro de 1994 (Lei nº 8.842/94), assegurou direitos sociais, promovendo autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

É necessário ressaltar que esta lei foi elaborada e reivindicada pela sociedade, tendo como âncora a Associação Nacional de Gerontologia, que promoveu discussões nos estados, mediante três seminários regionais (Goiás, Maranhão, Distrito Federal) e um nacional em Brasília. Depois desta série de debates e consultas nas quais participaram idosos, aposentados, professores, estudantes universitários, profissionais da área de geriatria e gerontologia, voluntários e interessados, foi entregue ao Exmo. Presidente da República o documento "Recomendações sobre Políticas Sociais para o Idoso nos anos 1990". Este documento foi amplamen-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

te discutido na área governamental e não governamental. Esta estratégia possibilitou a aprovação da Lei nº 8842/94, que trata da Política Nacional do Idoso e o Decreto nº 1948/96 que a regulamenta.

Esta Lei Reger-se-á pelos Seguintes Princípios

I – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informações para todos;

III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação desta Lei.

Segundo determinação legal, coube à Secretaria de Assistência Social a coordenação da Política de Assistência Social, assim como da Política Nacional do Idoso e do Plano de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. São os órgãos que compõem este Plano: Ministério da Previdência e Assistência Social, Educação, Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, e Secretaria de Desenvolvimento Urbano.

O Plano de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional é um avanço na integração das políticas setoriais e propõe uma gestão em rede, efetivando a ação do governo de forma intersetorial integrada, considerando o idoso um cidadão com direitos. O Plano estabelece as principais competências e ações dos ministérios, define estratégias e mecanismos de implementação das ações da Política Nacional do Idoso nas três esferas de governo, e ainda estabelece mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações.

O referido Plano normatiza as seguintes diretrizes:

I – proporcionar a integração dos idosos às demais gerações;

II – promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de organizações representativas do seu segmento, na formulação, implementação e avaliação das formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III – priorizar o atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, a exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência;

IV – descentralizar as ações político-administrativas;

V – capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

VI – implementar o sistema de informação que permitam a divulgação da política dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo, buscando obter um sistema de rede.

VII – estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informação de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossocial do envelhecimento;

VIII – priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, e;

IX – apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

A Secretaria de Estado de Assistência Social, em parceria com as demais políticas, vem desenvolvendo ações em prol dos idosos destacando-se as áreas de assistência social, saúde, educação, justiça, trabalho, esporte, turismo e urbanismo.

De acordo com o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política do Idoso, cada ministério que compõe esta política apresenta suas linhas de ação a serem desenvolvidas de forma integrada a descentralizada pelas três esferas do governo. (Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2002, fls. 1079).

Fóruns

Para implantação do Plano Integrado, foram realizados cinco fóruns regionais no ano de 1996 nas cidades de Brasília, Manaus, São Paulo, Fortaleza e Florianópolis, sendo que, por ocasião do último foi elaborada a "Carta de Florianópolis", reivindicando que os fóruns fossem permanentes. Na ocasião foi instalado o primeiro Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso da Região Sul e, posteriormente, nas demais regiões do país. O primeiro Fórum Nacional Permanente foi realizado na cidade de Fortaleza, no período de 3 a 5 de março, em parceria com a Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistên-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cia Social e a Associação Nacional de Gerontologia, com a participação de 1.380 pessoas. Como conclusão deste fórum saiu a "Carta dos Vinte e Um Anos".

Esta carta foi elaborada por grupos de participantes dos eventos mencionados, constituindo-se em um importante instrumento de confirmação dos anseios manifestados, questionamentos levantados, reivindicações, interesses e necessidades do coletivo dos aposentados em processo de envelhecimento.

As propostas apresentadas foram discutidas durante a Assembléia Geral de Encerramento, recebendo aprovação, por unanimidade, contemplando recomendações nas áreas da Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Justiça, Educação, Cultura, Esporte, Turismo e Lazer.

O segundo Fórum Nacional foi realizado na cidade de Porto Alegre, de 7 a 10 de outubro de 1998, também em parceria com a Associação Nacional de Gerontologia; o terceiro, na cidade de Recife, de 23 a 25 de agosto de 2000, em parceria com o governo do estado de Pernambuco.

Estes fóruns acontecem a cada dois anos e os regionais, anualmente, exceto o da Região Sul, que é semestral.

Os fóruns se constituem em instrumento de grande relevância na implementação da Política Nacional do Idoso, uma vez que participam todos os segmentos da sociedade e governo.

As discussões desenvolvidas nos fóruns têm contribuído para o intercâmbio de experiências, revisão de programas implantados e estudos com relação a novos programas para ampliação e implantação de conselhos municipais e estaduais do idoso, acarretando na politização e mobilização das bases para a organização dos idosos. Nesses espaços pode-se observar também a pouca sensibilidade política dos governantes que não priorizam políticas públicas e recursos para desenvolver ações que beneficiam a população idosa de baixa renda. Porém, mesmo com poucos recursos a sociedade vem se organizando através da participação dos idosos em conselhos e fóruns na busca de conquistas junto a órgãos gestores e ao Poder Legislativo para ampliação dos serviços, programas e projetos relacionados a seus direitos e assegurados pela Política Nacional do Idoso.

A PARTIR DE 2000

Com o objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas com 60 anos de idade ou mais, foi sancionado em 1 de outubro de 2003 o Estatuto do Idoso, o qual passou a vigorar à partir de 1 de janeiro de 2004.

Em 13 de maio de 2002, foi assinado o Decreto nº 5.227/2002, que instituiu o Conselho Nacional de Defesa dos Direitos do Idoso, de caráter consultivo, sem paridade. O Decreto de nº 4.287 de 27 de junho de 2002 deu a paridade ao Conselho.

Para a composição do Conselho, fazem parte como representantes do governo: Ministério da Previdência e Assistência Social, Saúde, Esporte e Turismo, Cultura, Educação, Planejamento Orçamento e Gestão, Relações Exteriores, Trabalho e Emprego; e como Organizações Não-Governamentais (titulares): Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Confederação dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Pará, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas, Serviço Social do Comércio, Associação Brasileira de Educação, Lar dos Velhos, Asilo Rio Branco, Sindicato dos Médicos do Distrito Federal e Conselho Federal de Serviço Social.

Para presidência do Conselho, foi eleita, no dia 3 de dezembro de 2002, a representante da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).

A partir de 17 de junho de 2004, sob a égide do Decreto de nº 5.109, o conselho passou a ser deliberativo e com 14 representantes da sociedade civil e 14 do governo. Dentre as deliberações do CNDI, destaca-se a realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada de 23 a 26 de maio de 2006, com o tema "Construindo a Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa".

ASSEMBLÉIA MUNDIAL DO ENVELHECIMENTO:

Após vinte anos da realização da I Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em agosto de 1982, em Viena, a Organização das Nações Unidas promoveu, no período de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, a II Assembléia Mundial.

Estiveram presentes representantes de 159 países, que fizeram uma avaliação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento e constataram que não houve avanços uniformes em todos os países. A falta de infra-estrutura, a política econômica, a AIDS e os conflitos armados têm sido as causas que levaram muitos governos a não terem condições de efetivar melhorias.

A Assembléia concluiu por unanimidade dois documentos: o Plano de Ação Internacional de Madri

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sobre o Envelhecimento 2002 e a Declaração Política. O objetivo é garantir a plena proteção e promoção dos direitos e liberdades fundamentais dos idosos em todo o mundo. Estão contidos, nos dois textos, as seguintes recomendações:

- avançar na saúde e bem-estar do idoso;
- assegurar meios de apoio;
- reconhecer a vinculação entre envelhecimento e desenvolvimento;
- fomentar a participação dos idosos na sociedade em que vivem e não sejam considerados como uma carga;
- incluir os idosos na economia produtiva;
- flexibilizar a idade de trabalho sempre que seja possível e a pessoa queira fazê-lo;
- considerar a relevância do contingente de mulheres idosas que em meados do século serão agentes de mudança e desenvolvimento no mundo produtivo;
- buscar recomendações para atuar contra os maus-tratos aos idosos;
- denunciar a situação vulnerável dos idosos em conflito bélicos e territórios ocupados;
- estimular a valorização do idoso especialmente entre os mais jovens;
- estimular a transmissão de informações aos idosos sobre seus direitos para que sejam capazes de lutar por si mesmo e conquistar estes direitos.

Foram reafirmados os Princípios e as Recomendações contidas no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, que as Nações Unidas elaboraram em 1982, e os princípios das Nações Unidas em favor dos idosos, aprovados na Assembléia Geral em 1991, dando orientações sobre as questões da independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade.

Por ocasião da Assembléia também foram realizados outros eventos que abordaram o tema envelhecimento: o Fórum Mundial das ONGs sobre o Envelhecimento: Diálogo 2020 "O futuro do Envelhecimento", organizado pelo governo espanhol, e o Fórum de Valência, organizado pela Associação Internacional de Gerontologia.

Os eventos foram de grande relevância e muito contribuíram para a apresentação das seguintes propostas:

As Propostas e Recomendações do Fórum das ONGs aos Governos e à Sociedade Civil

- Desenvolver pelos governos, sistemas de proteção social que garantam renda básica a todos os idosos e garantam que os recursos das pensões não se utilizem para outros fins econômicos.
- As políticas de saúde devem ter como princípio o envelhecimento ativo.
- A proteção da saúde deve ser reconhecida como um direito fundamental e deve evitar-se qualquer discriminação em função da idade, além do mais deve-se garantir o acesso ao sistema público de saúde.
- Garantir a coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais para proporcionar uma atenção continuada aos idosos.
- Os governos devem estimular o desenvolvimento de redes de serviços sociais e de saúde que permitam um envelhecimento digno no seu domicílio, apoiar as famílias cuidadoras e facilitar a incorporação da mulher na vida do trabalho.
- É urgente a necessidade de desenvolver programas aos idosos independentes.
- A comunidade internacional deve enfrentar a condenação da dívida externa com a exigência de que os recursos econômicos liberados se destinem prioritariamente à política de bem-estar social, destacando-se as relacionadas ao idoso.
- Aprovação de um Fundo de Emergência Social pelas Nações Unidas destinado a atenuar os efeitos, que provocam nos idosos, as crises humanitárias e os Estados em desenvolvimento.
- Garantir a participação ativa dos idosos nos debates sociais e nas tomadas de decisões sobre a política social e o desenvolvimento, reconhecendo-se o trabalho intergeracional que os idosos realizam.
- Proporcionar que a aposentadoria, direito universal, se possa realizar voluntariamente de forma progressiva e flexível.

Conclusões do Fórum de Valência

- Deve-se assegurar uma adequada atenção geriátrica para evitar numerosos casos de pessoas dependentes.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- É de grande relevância a formação adequada de profissionais de saúde para o atendimento de idosos em todos aqueles programas e projetos dirigidos a eles.
- Deve-se combater, por meio das políticas de trabalho, a discriminação por idade.
- A educação e informação das pessoas idosas são fundamentais para o prolongamento da vida dos mesmos.
- Combate à pobreza, pois esta contribui para um envelhecimento penoso.
- Reconhecimento do potencial econômico dos idosos.
- Dar uma formação específica aos profissionais em temas que concernem à saúde do idoso.
- Aplicar através dos governos políticas direcionadas a melhoria da qualidade de vida e acesso aos meios de atenção a sua saúde.
- Evitar abusos contra os idosos.
- Criar estratégias que permitam erradicar situações de "velhismo" ou discriminação do idoso, e combater a atitude negativa da sociedade diante deles.

Cabe registrar que, após a realização da segunda Assembléia Mundial do Envelhecimento, o Brasil aprovou o Estatuto do Idoso, em 01/10/2003, visando dar seguimento as ações contidas do Plano de Ação.

A Comissão Econômica para América Latina e Caribe-CEPAL, promoveu uma Conferência Intergovernamental sobre Envelhecimento: uma estratégia regional de implementação para América Latina e Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o envelhecimento, de 19 a 21 de novembro de 2003, em Santiago do Chile. Participaram desse evento 30 países membros da CEPAL. Foi estabelecido como meta geral deste evento: "A proteção de todos os direitos humanos dos idosos e criação das condições de segurança econômica, de participação social e de educação que promovam a satisfação das necessidades básicas das pessoas idosas e sua plena inclusão na sociedade e no desenvolvimento."

Em 15/10/2004, conforme Resolução nº 145, do Ministério do Desenvolvimento Social, foi reformulada a Política Nacional de Assistência Social, definindo duas formas de proteção à população de baixa renda e/ou estado de abuso e violação de direitos: proteção básica e especial. Nestas formas de proteção estão inseridos os benefícios, serviços, programas de atenção à pessoa idosa e suas famílias, não tendo sido definido ainda os pisos de proteção para manutenção das ações.

Em 15 de julho de 2005, foi publicada a Resolução nº 130 do MDS que cria o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Neste processo de transformação, busca-se uma nova alternativa para a Coordenação da Política Nacional do Idoso, até então a cargo do Ministério responsável pela Política Pública de Assistência Social.

Conclusão

O processo político ocorrido no Brasil após 1988 e até então demonstra a força política dos idosos e aposentados e indica o avanço significativo do Brasil em relação à conquista da legislação para a defesa dos direitos de atenção à pessoa idosa.

O desafio de enfrentar o processo de envelhecimento e a conquista de um novo Sistema de Seguridade Econômico e Social está no cenário das agendas governamentais, da família e da sociedade.

Este desafio constitui a luta pelos direitos sociais e humanos de todos os países emergentes — discutir e colocar em prática o Estado-Mercado e/ou o Estado-Nação, aquele que gradualmente se empenha em garantir distribuição de renda, emprego e redes de proteção social com qualidade, de políticas públicas para todas as idades, sem fragilizar os direitos adquiridos na Previdência Social, precarizar os vínculos de trabalho, ou exarcebar os ajustes fiscais.

Podemos dizer que avançamos em relação à imagem da velhice, estamos abolindo alguns mitos e preconceitos.

Torna-se visível a possibilidade de um envelhecimento ativo e saudável, para tal, entretanto, é necessária a mobilização dos idosos, da sociedade, e vontade política de transformar, implementar e adotar novos métodos de gestão das políticas públicas e de seu financiamento, com recursos humanos qualificados e uma rede de serviços estruturada para atender a população idosa.

Devem ser revistos alguns instrumentos da política econômica, da reforma tributária e dos sistemas da burocracia estatal.

Considera-se prioritário o fortalecimento do protagonismo sócio-político do idoso, com voz e voto para dar valor a seus direitos. É fundamental que a população idosa, por meio de suas organizações representativas interfira:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- no modelo de desenvolvimento econômico e social do país;
- no resgate do Conselho Nacional de Seguridade Social;
- na reivindicação de políticas sociais de qualidade para todas as idades, com recursos humanos qualificados;
- na alocação de recursos e co-financiamento dos serviços;
- na implementação do Plano Nacional de Gestão Integrada Intergovernamental e Intersetorial;
- na participação representativa dos Conselhos de Defesa de Direitos e de Controle Democrático;
- no acompanhamento e negociação constante das propostas e reformas da Previdência e Assistência Social;
- na luta pela implementação das novas modalidades de serviços, que constituem a rede de proteção social dos Sistema Único de Saúde-SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Desta forma, entende-se que a população idosa, representada em OGs e Ongs, deixará um exemplo de uma participação cidadã e não tutelada para a sociedade brasileira, lutando pela ética na gestão pública e pela conquista dos direitos para a construção de um Brasil para todas as idades.

Referências Bibliográficas

1. Abigalil A. O Processo de Globalização e o Envelhecimento. Mimeo; 1999.
2. Barroso CTB (org.). O idoso no direito positivo brasileiro: legislação federal, estadual (Minas Gerais) e municipal (Belo Horizonte) – período de abrangência; 1917/2000. p 376. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos; 2001.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003; 1988.
4. Brasil. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).
5. Brasil. Lei nº 6.179/74.
6. Brasil. Lei nº 8213/91.
7. Brasil. Decreto-Lei nº 9853/46 – cria o Serviço Social do Comércio/SESC.
8. Brasil. Portaria nº 838/77 do Ministério da Previdência e Assistência Social.
9. Brasil. Portaria nº 8/78 do Ministério da Previdência e Assistência Social.
10. Brasil. Portaria nº 212/75 do Ministério da Previdência e Assistência Social.
11. Brasil. Plano Integrado de Ação Governamental para Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.
12. Brasil. Secretaria de Estado de Assistência Social. Padrões Mínimos de Financiamento de Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001.
13. Camarano AA (org.). Muito além dos 60: Os Novos idosos brasileiros. IPEA: Rio de Janeiro; 1999.
14. Camarano AA. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
15. CEPAL. Estratégia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Nações Unidas. Santiago, Chile; 2003.
16. Demo P. Cidadania tutelada e cidadania assistida. Autores associados. Campinas; 1995.
17. Demo P. Charme da exclusão social, polêmicas do nosso tempo-Campinas / São Paulo. Autores associados; 1998.
18. Dupas G. Economia Global e exclusão social – pobreza, emprego, estado e o futuro do capitalismo; Paz e Terra; 1999.
19. Freitas EV, Py L et al. Tratado de Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
20. Madrid. Revista Sessenta Y Más, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Madri: IMSERSO/jul-ago; 1999
21. Ministério do Planejamento e Orçamento/IPEA-O Brasil na virada do milênio — trajetória do crescimento e desafio do desenvolvimento. Volume — 2. Brasília, julho; 1997.
22. Mendonça JM. Evaluación Del Plan Integral de Acción Gubernamental para el Desarollo de la Política Nacionas de las Personas Mayores — Tesi deo Máster em Gerontologia — Universidade Autônoma de Madri
23. Mendonça JM. Direitos Humanos e Pessoa Idosa: a efetividade do Estatuto do Idoso sob a ótica dos Conselhos. Dissertação de mestrado, orientador Vicente Faleiros. Universidade Católica de Brasília; 2005
24. ONU. Relatório da I Assembléia Mundial do Envelhecimento — Viena/82.
25. ONU. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento — Madrid 2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

51 Cidade Livre de Barreiras, Acessível aos Idosos

Adriana Romeiro de Almeida Prado

Introdução

A população mundial está envelhecendo. O *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimento*, de 2002, mostra que o número de pessoas com mais de 60 anos no mundo, que em 2000 era de cerca de 600 milhões, será de aproximadamente dois bilhões em 2050. Esse aumento será maior em países em desenvolvimento, e a população idosa quadruplicará nos próximos 50 anos[12].

No Brasil, eram 14 milhões em 2000, representando 8,6% da população total; além disso, nos próximos 20 anos haverá mais de 30 milhões de idosos, passando a 13% dos brasileiros. A relação mundial será de um idoso para cada cinco pessoas, segundo estimativa do IBGE para 2050[10].

Estamos preparados para isso? Até que ponto nossas cidades podem acolher um número tão grande de pessoas com mais de 60 anos?

São inúmeras as barreiras que os idosos enfrentam diariamente para viver nas cidades brasileiras. Calçadas cheias de buracos; edifícios sem rampas de acesso para pedestre ou sem elevadores. Os ônibus, também, em maioria com degraus, exigem muito esforço para embarque ou desembarque.

Este é o tema analisado neste trabalho. Em sua primeira parte, trata-se da relação do idoso com o ambiente em que vive. Na segunda, é abordado o conceito de desenho universal e sua importância para a inclusão dessa população nos espaços urbanos, edificados ou não, e também nos transportes. São indicadas algumas sugestões para a adequação de ambientes, para minimizar as perdas funcionais na velhice, e sugestões para tornar uma habitação acessível.

Ambiente com Qualidade de Vida para o Idoso

Para uma velhice saudável, dependemos de nossa interação com o meio ambiente, relação essa que vive em constante transformação. Entre as variáveis mais importantes dessa interação estão a saúde, o *status* socioeconômico, a idade, a raça, a situação conjugal, o emprego, a disponibilidade de transporte e de residência, as atividades e a integração social.

Neri afirma que "quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação na vida"[8]. A qualidade de vida tem uma relação direta com o bem-estar pessoal, que passa pela satisfação com a situação financeira, com as condições da habitação e com a saúde.

Com a prática orientada de esportes e exercícios aeróbicos, as pessoas com mais de 70 anos podem apresentar melhoras nas taxas de colesterol e no grau da hipertensão, no aumento do rendimento cardíaco e na diminuição de fraturas por osteoporose[8].

"Em atividades grupais, os idosos podem encontrar satisfação pessoal e apoio para prevenção e cura do estresse."[8]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A idade biológica e a funcional são dois conceitos utilizados para diferenciar uma velhice normal de uma patológica, lembrando que velhice não é doença. A idade biológica é representada pelos anos que ainda restam de vida e a funcional é a capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente[8].

Segundo Veras, a capacidade funcional de um indivíduo é a capacidade de preservar as habilidades físicas e mentais necessárias à manutenção de uma vida independente e autônoma, mesmo com limitações[13].

O mesmo autor afirma que um novo conceito de política de saúde do idoso objetiva, entre as ações de prevenção, aumentar a capacidade funcional do idoso conservando-a, melhorando-a, e, se possível, recuperando-a, com o fim de promover efetivamente a qualidade de vida, o que significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a manutenção da independência física e mental[13].

Perracini[9] coloca que "o ambiente tem um papel fundamental na nossa qualidade de vida e no nosso bem-estar". Há sempre uma interação da pessoa com o ambiente no qual ela se encontra, formando um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais. O que se vê, porém, são ambientes, construídos ou não, repletos de barreiras; uma arquitetura que atende apenas a uma população jovem, com plena forma física, distante de uma arquitetura para todos que adote o conceito de desenho universal[3].

Desenho Universal: um Conceito e uma Filosofia

O papel fundamental do arquiteto é incluir o homem na edificação e nos ambientes em que ele vive. Daí a importância desse profissional em assumir o compromisso de garantir que as condições ambientais dos diversos espaços permitam a adaptação de qualquer indivíduo, incluindo aqueles que apresentam perdas funcionais.

Para se alcançar essa acessibilidade devem ser considerados alguns elementos importantes, como a provisão de alternativas para uso pleno do ambiente construído, a adequação e a adaptabilidade da estrutura, das instalações e dos maciços e o estímulo à percepção intuitiva das funções ambientais[5].

Um ambiente com acessibilidade atende diferentemente a uma variedade de necessidades dos usuários, tornando possível maior autonomia e independência.

Nesse trabalho, definimos autonomia como a capacidade de o indivíduo desfrutar os espaços e elementos espontaneamente, conforme sua vontade, e independência como a capacidade de usufruir os ambientes sem precisar de ajuda[5].

É necessário considerar a enorme diferenciação entre as pessoas, entendendo que nossa sociedade é plural, constituída por homens e mulheres, com tamanhos e pesos variados, por crianças e idosos, por pessoas que caminham sozinhas ou necessitam de muletas, bengalas e cadeiras de rodas, por indivíduos que têm pouca ou nenhuma visão, por aqueles que são surdos e também por aqueles que apresentam grande dificuldade de compreensão.

Para se chegar a uma sociedade inclusiva e atingir a acessibilidade plena, é imprescindível que qualquer objeto ou espaço desenvolvido contenha o conceito de desenho universal. Segundo a Universidade do Estado de Carolina do Norte[14], são sete os princípios do desenho universal, conforme descrito a seguir.

- *Desenho eqüitativo*: pode ser utilizado por pessoas com habilidades diversas; evita segregar ou estigmatizar alguns usuários, e possui um desenho atraente para todos.
- *Flexibilidade de uso*: acomoda uma gama ampla de preferências e habilidades individuais; permite que canhotos e destros o utilizem; facilita a acuidade e a precisão do usuário; adapta-se ao ritmo de qualquer pessoa.
- *Uso intuitivo e simples*: tem fácil entendimento, independentemente da experiência, do conhecimento, da proficiência lingüística ou grau de atenção do usuário.
- *Informação perceptível*: comunica de modo eficaz a informação necessária ao usuário, independentemente das condições do ambiente ou das habilidades sensoriais do mesmo.
- *Tolerância com relação a erros*: contém elementos que diminuem o risco de engano.
- *Exigência de pouco esforço físico*: pode ser usado eficiente e confortavelmente, com o dispêndio mínimo de energia
- *Tamanho e espaço adequados a aproximação, alcance, manipulação e uso*: garante, independentemente do porte do usuário, sua postura (sentado e em pé) ou sua mobilidade.

O conceito de desenho universal em ambientes urbanos inclusivos terá sido totalmente absorvido quan-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do uma pessoa com perdas funcionais puder transitar pela cidade, deslocar-se pelas calçadas, atravessar ruas, desfrutar as praças, acessar os edifícios e fazer uso do transporte público com autonomia e independência.

Um Ambiente que Atende às Necessidades de uma População que Está Envelhecendo

"Os ambientes devem ser planejados para promover e encorajar a independência e a autonomia, de forma que uma boa qualidade de vida possa ser proporcionada a todos os indivíduos."[3]

É comum ouvirmos dizer que é difícil envelhecer. Isso porque o envelhecimento biológico acarreta algumas perdas que interferem na relação com o ambiente. Os indivíduos adotam diferentes mecanismos de compensação à medida que percebem essas perdas, mas, ainda assim, algumas providências devem ser tomadas. A velocidade média da marcha de um idoso para atravessar uma rua, por exemplo, é de 0,4m/s, enquanto a adotada na maioria das cidades na temporização dos semáforos é de 1,2m/s. Em São Paulo, 50,4% das mortes em acidentes no trânsito envolvem pessoas com mais de 60 anos, conforme divulgado pela Companhia de Engenharia de Tráfego, em pesquisa realizada em 1999.[7]

Algumas providências básicas podem ser tomadas para evitar essa situação. A travessia das ruas pode ser facilitada com o rebaixamento das guias, na forma de rampas, ou com a colocação de faixas elevadas, que unam uma calçada a outra sem desníveis. Ambas as opções sinalizadas com piso tátil. A adoção da faixa elevada é indicada quando o fluxo veicular é inferior a 100 veículos por hora e o fluxo de pedestres, superior a 500 pedestres por hora[11]. Exemplificamos os tipos de travessia na Fig. 51.1.

O transporte coletivo muitas vezes não é utilizado pelo idoso devido às dificuldades encontradas. Os ônibus, além de terem assentos reservados, deveriam também permitir o embarque em nível, facilitando sua utilização.

Perdas sensoriais, como a diminuição da acuidade visual, já se manifestam a partir dos 40 anos, acentuando-se aos 50. Aos 60 anos, há redução do tamanho da pupila, o que reflete na quantidade de luz que chega à retina. Isso resulta, até para os idosos com boa acuidade, em dificuldade para discriminar sombras, cantos e contrastes[8]. Torna-se mais difícil notar os detalhes dos objetos, daí a importância do cuidado com a iluminação natural e a artificial. Deve-se iluminar bem as travessias de pedestres e evitar os pisos que possam refletir a luz solar.

Após os 60 anos, a visão periférica fica reduzida. Era de 60 graus aos 30 anos e passa para 40 graus. A considerável diminuição do campo visual torna comum aos idosos se chocarem com o mobiliário urbano e com as pessoas[8].

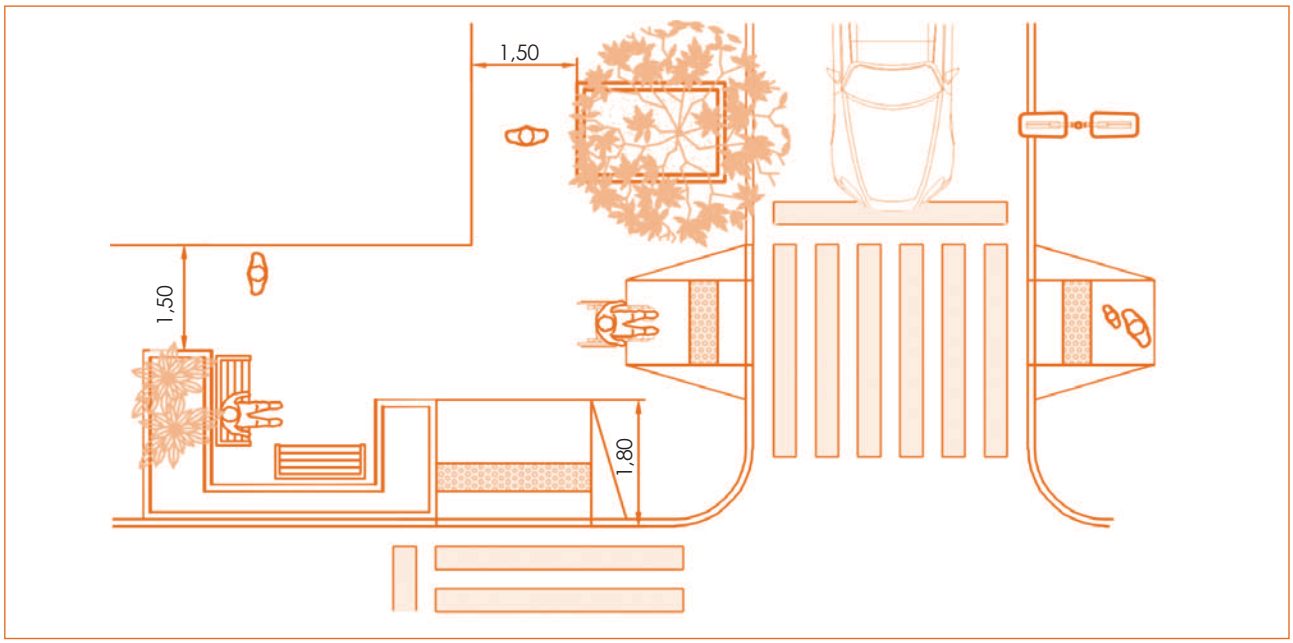


Fig. 51.1 Travessia com rebaixamento de guia e com faixa elevada.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A circulação segura nas calçadas pode ser facilitada com uma faixa livre de obstáculos com 1,5m ou, no mínimo, 1,2m. Nos ambientes internos essa faixa pode ser de 90cm, desde que livre de vasos, cadeiras e tapetes não fixados ao chão.

Se o problema é distúrbio de equilíbrio, o indivíduo necessita de apoio para o deslocamento. É necessária a instalação de corrimão nos dois lados das escadas, rampas, corredores e no interior dos elevadores, pois o deslocamento pode provocar tonturas.

Além disso, é preciso prolongar o corrimão 30cm antes do início do piso da escada e 30cm além do último degrau. A instalação em escadas deve ser a 92cm do chão. Em rampas, os corrimãos devem ser instalados em duas alturas: a 70 e a 92cm do chão[2], como ilustrado na Fig. 51.2.

Áreas com piso mal conservado, desníveis e buracos apresentam grande risco de provocar entorse ou tombos àqueles que estão com a sensibilidade táctil diminuída ou perdendo a força muscular. O piso deve ter superfície firme, regular, estável e antiderrapante[2].

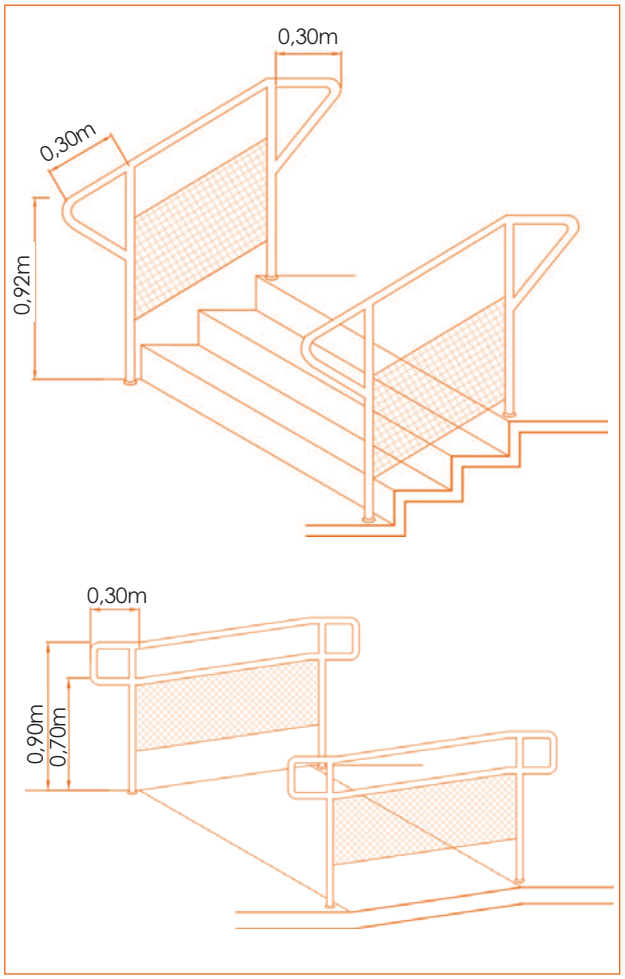


Fig. 51.2 Escada e rampa.

Há desenhos de piso que provocam ilusão de ótica, confundindo os idosos que já apresentam perdas visuais e neurológicas. É mais adequado optar por outros tipos de piso.

Os espaços devem ser mais bem tratados em relação à acústica, pois é bastante comum a perda auditiva em pessoas idosas. Utilizar elementos acústicos levará a um maior conforto ambiental. O uso de vegetação pode funcionar como inibidor de ruídos.

Algumas pessoas, na velhice, podem sofrer de distúrbios gastrintestinais ou genito-urinários, tornando necessária a instalação de sanitários públicos, equipamento inexistente na maioria das cidades brasileiras. Essa é uma proposta da IV Conferência das Cidades — A Cidade Cidadã[6] para aumentar a qualidade de vida dos idosos. Uma sinalização indicativa visível dos sanitários, nas ruas ou em edifícios, colabora para deslocamento em menor tempo, tranqüilizando os que convivem com essas perdas funcionais.

Quanto aos sanitários, é necessário lembrar da importância de se garantir o boxe para entendimento a usuários em cadeira de rodas, cujas medidas estão definidas em normas brasileiras de acessibilidade[2] (Fig. 51.3).

Nos sanitários propostos, o tamanho dos demais boxes também deve ser adequado pois, normalmente, os equipamentos são muito pequenos, o que dificulta o uso por idosos com perda do sistema conjuntivo e ósseo (Tabela 51.2). Para tornar seu uso seguro, é importante que os boxes contenham as características indicadas na Fig. 51.4.

As Diferentes Perdas Funcionais

Para facilitar sua compreensão, as perdas funcionais foram classificadas em alterações sensoriais (paladar, olfato, visão, audição e tato) e alterações físicas nos sistemas muscular, conjuntivo, ósseo, neurológico, cardiopulmonar, gastrintestinal e genito-urinário. Essas perdas, relacionadas aos riscos a que as pessoas estão expostas, são descritas nas Tabelas 51.1 e 51.2.

Essas tabelas foram desenvolvidas com base no *Tratado de geriatria e gerontologia*, da autora Mônica Perracini[3].

Moradia a para o Idoso

Há casos de idosos que, pelos mais variados motivos, são levados a morar em espaços coletivos,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

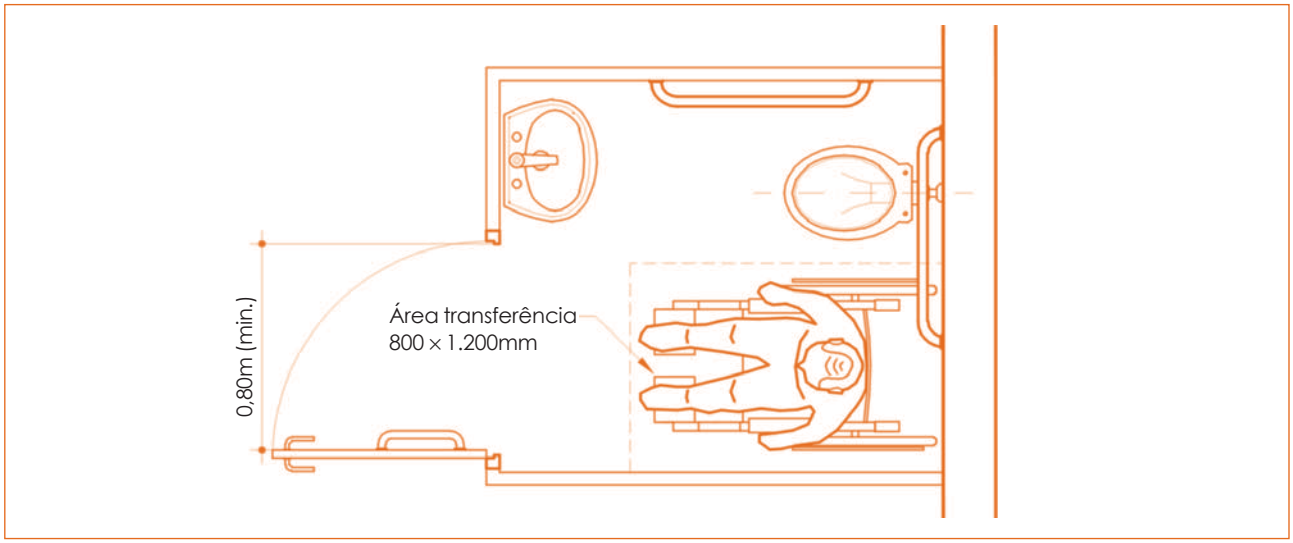


Fig. 51.3 Boxe acessível à cadeira de rodas.

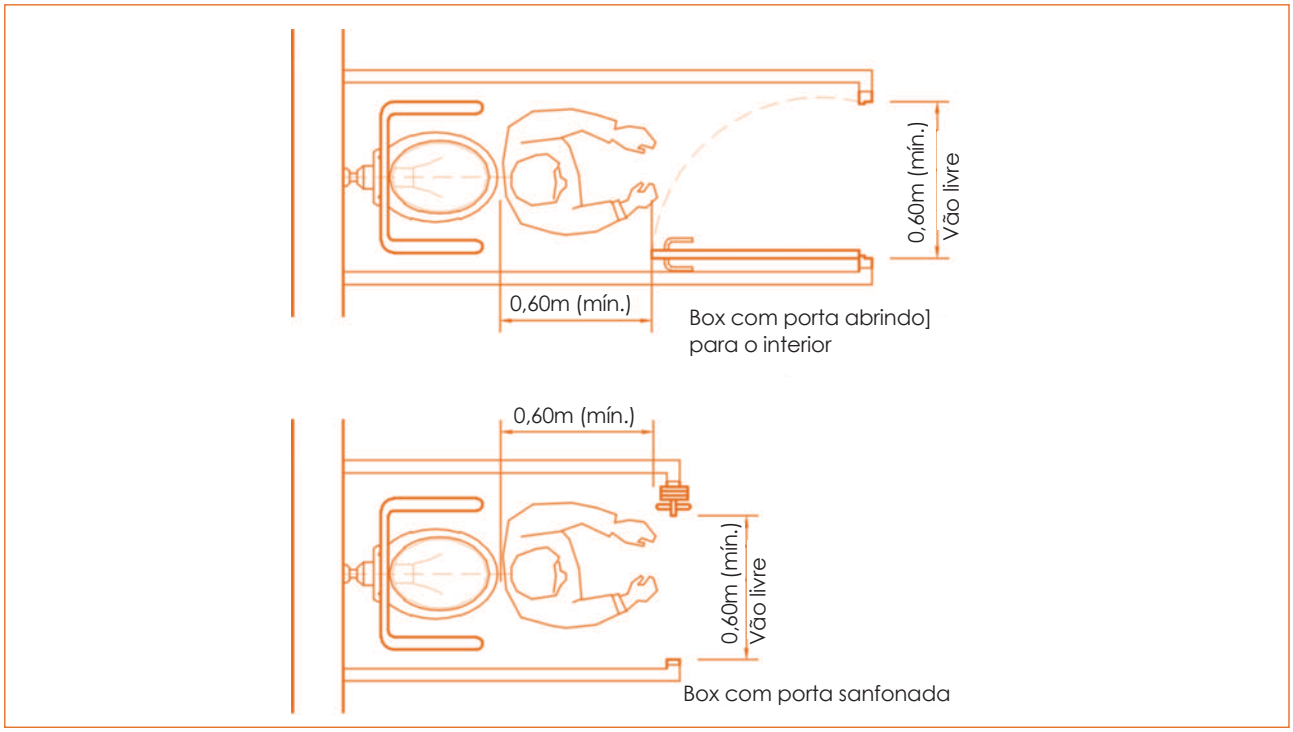


Fig. 51.4 Medidas de boxe comum.

como instituições de longa permanência particulares ou públicas.

Esses serviços, implantados em edificações novas ou adaptados nas existentes, devem atender às necessidades de acessibilidade indicadas nas Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil*: "Convém salientar que as exigências de conforto e de acessibilidade não podem ser consideradas um requinte construtivo, mas, sim, entendidas como

*Portaria 73/2001 do MPAS, publicada no Diário da União de 14 de outubro de 2001.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 51.1 Alterações Sensoriais

Tipos	*Perdas*	*Riscos*
Olfato/paladar	Diminuição na percepção de odores Diminuição na sensação gustativa, perda de interesse pela comida	Dificuldade em sentir o cheiro de comida queimando ou estragada, ou do gás escapando Perda do olfato para odores corporais, como suores e urina Falta de estímulo para comer
Visão	Nitidez ou acuidade visual diminuída; ângulo da visão periférica reduzida Menor visão noturna; sensibilidade ao ofuscamento Dificuldade na adaptação de claro e escuro; noção de profundidade reduzida Diminuição da capacidade de discriminar cores	Dificuldade em ver degraus, saliências ou buracos Vulnerabilidade ao atravessar as ruas Dificuldade de caminhar em ambientes em penumbra ou que provoquem ofuscamento Dificuldade de passar do claro para o escuro Facilidade em se atrapalhar ou confundir-se com pisos muito desenhados Dificuldade de circular em espaços apertados, esbarrando com facilidade no mobiliário e nas pessoas Dificuldade de distinguir os objetos em ambientes monocromáticos Dificuldade em ler letras pequenas
Audição	Diminuição da capacidade de discriminar sons e percepção da fala – presbiacusia Diminuição do equilíbrio: dificuldade em lidar com o autodeslocamento, em recuperar o equilíbrio em movimentos bruscos Menor acuidade auditiva Dificuldade em selecionar as informações sensoriais mais adequadas quando o ambiente oferece pistas conflitantes	Dificuldades com ambientes ruidosos Dificuldade de andar em ambientes com pisos irregulares, com ondulações ou desníveis Dificuldade de caminhar em ambientes que não possuam apoios firmes Dificuldade na utilização de prateleiras altas e profundas
Tato	Diminuição da sensibilidade tátil na palma da mão e na sola dos pés, na latência da sensibilidade dolorosa Diminuição da propriocepção articular	Possibilidade de sofrer queimaduras ao utilizar água quente. Possibilidade de sofrer entorses em ambientes com piso desnivelado, com buracos ou pequenos degraus Dificuldade de manter o equilíbrio ao acessar objetos no alto ou no baixo Dificuldade em acionar teclas de controle de aparelhos

elementos de qualidade de vida e condição de autonomia para os idosos — mais vulneráveis e com limitações de mobilidade advindas do processo de envelhecimento — bem como elementos de prevenção de quedas e outros acidentes domésticos. As propostas espaciais devem orientar-se no sentido de estimular as aptidões e capacidades próprias dos idosos, melhorando a comunicação e a manipulação de objetos do cotidiano."

Existe também um grande contingente de idosos que desfruta de sua própria casa, carregada de lembranças. Eles, porém, estão sujeitos a ficar impedidos de sair desse espaço, isolando-se em suas habitações, muitas vezes limitados ao próprio quarto, porque há falta de corrimãos na escada ou a maçaneta é de difícil manuseio. São necessárias adaptações e pequenas reformas.

Quando uma criança vai nascer, as casas sofrem mudanças em função desse novo morador. Para o quarto, compra-se uma cama especial, adequada ao tamanho de um bebê. Fecham-se as escadas com portões, para garantir a segurança da criança que chegará. Os pais procuram informar-se sobre como tratar seu filho recém-nascido e todas as atenções ficam voltadas para esse novo habitante da casa. À medida que a criança cresce, outras alterações são feitas no ambiente, como a instalação de grades nas janelas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 51.2 Alterações Físicas

Sistemas	*Perdas*	*Riscos*
Muscular	Diminuição da força, da potência e da flexibilidade musculares	Possibilidade de queda e dificuldade de levantar-se após a queda Dificuldade de levantar-se de cadeiras, sofás e vasos sanitários baixos Dificuldade de movimentar-se durante o banho em banheira Dificuldade de vestir-se sem sentar-se e alcançar objetos em armários muito profundos Dificuldade de usar escadas sem corrimão Possibilidade de entorses em ambientes com piso desnivelado, com buracos ou com pequenos degraus
Conjuntivo	Diminuição da elasticidade; aumento da rigidez articular com diminuição da amplitude de movimentos Perda da elasticidade e da altura dos discos intervertebrais Aumento da cifose e perda da altura corporal	Dificuldade de fazer movimentos amplos com o pescoço e tronco Dificuldade de se abaixar ou curvar-se Dificuldade de ultrapassar obstáculos ou degraus muito altos Dificuldade de ambiente com diferentes níveis, cheios de degraus
Ósseo	Diminuição da densidade óssea, alteração da microarquitetura óssea	Possibilidade de sofrer fratura aumentada, associada à dureza da superfície e altura da queda Possibilidade de sofrer fratura espontânea de vértebras em movimentos decurvar-se e de rotação exagerada
Neurológico	Lentidão no tempo de reação e no julgamento Lentidão no planejamento do ato motor e dos mecanismos antecipatórios Dificuldade na seleção de estratégias sensoriais e motoras do equilíbrio *Déficit* de memória de curto prazo	Possibilidade de sofrer queda; instabilidade durante a marcha, principalmente em situações de muita estimulação visual e auditiva Dificuldades com tapetes e mobiliário na área de circulação Dificuldades com pisos escorregadios e brilhantes Dificuldades com movimentos que exijam rotação do tronco Tontura
Cardiopulmonar	Diminuição da captação de oxigênio; aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax; diminuição da força dos músculos respiratórios e da elasticidade da caixa torácica; diminuição da atividade ciliar pulmonar Diminuição da circulação periférica; aumento da resistência vascular periférica Diminuição da efetividade dos barorreceptores.	Fadiga em atividades que consomem energia Dificuldade em fazer longos percursos Edema e lesões nos pés
Gastrintestinal	Dificuldade na deglutição, com queimação e refluxo Constipação crônica	Necessidade de utilizar o sanitário a todo momento. Necessidade de espaço para fazer caminhadas
Genito-urinário	Incontinência urinária; aumento da freqüência e da urgência miccional Infecções urinárias de repetição	Necessidade de utilizar o sanitário a todo momento Necessidade de higiene íntima constante

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quem de nós prepara o espaço para receber um idoso? São inúmeras as perdas dos idosos que implicam modificações nos ambientes, como indicado nas Tabelas 51.1 e 51.2.

Nas cozinhas, balcões com altura entre 80 cm e 1,20 m vão permitir o uso com mais conforto, pois com o passar dos anos as pessoas apresentam dificuldade de fazer movimentos amplos com o tronco e a cabeça, como também dificuldade em movimentos que exijam rotação do tronco. Aconselha-se que os objetos a serem manuseados sejam guardados dentro desse limite de altura.

Às vezes, a remoção ou realocação de alguns móveis, associada à colocação de corrimão nas paredes de corredores, ao lado de degraus, pode trazer maior autonomia associada a uma boa iluminação, o que ajudará a prevenir quedas.

Permitir que o próprio idoso controle a abertura e o fechamento de janelas apresenta dois aspectos importantes. Ele passa a regular a temperatura interna do ambiente e toma contato com o entorno, a rua, os vizinhos. Se o barulho externo é muito intenso ou a luz do sol excessiva, são importantes as cortinas, pois abafam os sons e permitem o controle da luminosidade.

Maçanetas de portas do tipo alavanca devem ser adotadas nos espaços por onde os idosos circulam, assim como em seu quarto e no banheiro, pois são de fácil manuseio. As redondas devem ser removidas, para evitar que as pessoas fiquem presas nesses espaços.

O banheiro merece atenção especial, pois é grande o número de ocorrências de quedas nesse espaço. Recomenda-se a fixação de barras de apoio no vaso sanitário, no lavatório e na área do chuveiro. A possibilidade de usar essas barras de apoio pode diminuir bastante o trabalho do acompanhante (ver Fig. 51.5). Outra facilidade, nesses ambientes, é o uso de torneiras do tipo monocomando — nelas é possível dosar água quente e fria com um mesmo registro, usando-se uma só mão.

Para melhor ventilação de ambientes onde há uso de gás e produção de vapores — banheiros e cozinhas —, é preciso garantir que as janelas estejam sempre um pouco aberta. Isso para que o gás, em caso de vazamento, e o ar quente dissipem-se rapidamente. Quanto à iluminação, a garantia de uma boa claridade em banheiros e cozinhas, especialmente nos boxes de chuveiros, nas áreas de pia e de fogão, evita acidentes e facilita a higiene.

Garantia de Acessibilidade

A Política Nacional do Idoso, estabelecida na Lei Federal 8.842, de 4 de janeiro de 1994, define como competência das áreas de habitação e urbanismo incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria das condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência quanto à locomoção. Cita ainda a diminuição de barreiras arquitetônicas e urbanas.

Todo veículo para transporte público fabricado no Brasil deve ser planejado de forma a facilitar o acesso das pessoas com dificuldades de mobilidade, conforme a Lei Federal 10.048/00. O Poder Público só deve aceitar, quando da renovação da frota, veículos novos livres de barreiras, que permitam o fácil embarque das pessoas. À sociedade civil, cabe o dever de exigir que toda a frota existente seja adequada para proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos.

A Lei 10.098/00, por sua vez, estabelece "normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida nas edificações públicas ou privadas, no espaço público, logradouros e seu mobiliário, nas comunicações e sinalização entre outros."

A lei aponta, entre outras, a obrigação de o Poder Público tornar acessíveis as vias públicas, os parques e demais espaços de uso público. Nos edifícios públicos ou de uso coletivo, determina que é necessário garantir a existência de um sanitário com barras de apoio e o acesso de pessoas com mobilidade reduzida (utilizando muletas, andadores, cadeira de rodas, entre outros instrumentos de ajuda) a todos os pavimentos. Nos edifícios de uso privado, fica garantida a circulação dessas pessoas em todo o andar térreo, nas dependências de uso comum que levam às unidades habitacionais, bem como na calçada.

Além da Política Nacional do Idoso e as leis federais, o Plano de Ação definido na II Assembléia sobre o Envelhecimento que aconteceu em Madrid, no mês de abril de 2002, aponta no item "A habitação e as condições de vida" a necessidade de:

- promover habitações adequadas aos idosos;
- garantir a facilidade de acesso aos edifícios e espaços públicos;
- cuidar para que nos novos espaços não haja obstáculos à mobilidade e ao acesso;
- desenhar alojamentos e espaços públicos multigeracionais;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

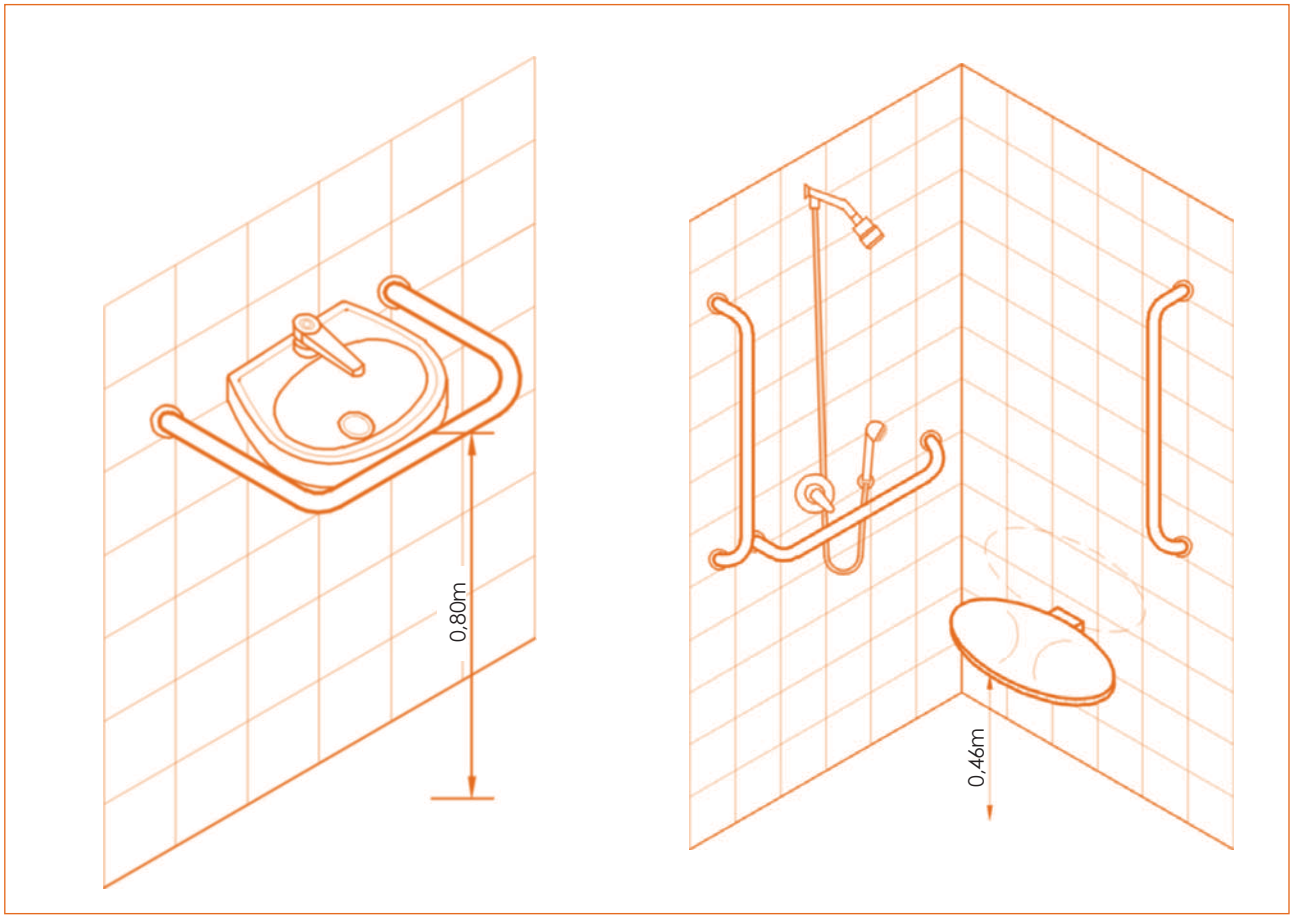


Fig. 51,5 Barras de apoio nos banheiros.

- promover desenho de veículos que considerem as necessidades das pessoas com idade e com deficiências[12].

Todos os itens recomendados estão referidos na legislação brasileira.

Considerações Finais

Nos estudos de Edward Steinfeld, da Universidade de Nova Iorque, um projeto que nasce acessível, ou seja, aquele que respeita os princípios do desenho universal, terá um acréscimo em seu custo de 1% sobre o total da obra. Por outro lado, quando se tratar de adequação de projetos já edificados, esses valores podem oscilar de quatro a 35 vezes mais do que o valor de sua construção que considera a acessibilidade desde seu início[1].

Muitas vezes, por falta de condições mínimas, os idosos são impedidos de circular pelas ruas da cidade, utilizar o transporte coletivo ou entrar nas edificações. Acabam obrigados a permanecer isolados em suas residências, sem a garantia do direito de ir e vir e sem acesso à educação, à saúde, ao trabalho e ao lazer.

Os gerontólogos devem lutar para tornar os espaços mais acessíveis, para valorizar a autonomia e a independência física e mental do idoso, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva, com igualdade de oportunidades para todos e levando à construção de uma cidade cidadã.

Referências Bibliográficas

1. Anais do Curso Básico sobre Acessibilidade ao Meio Físico. Rio de Janeiro, 6 e 7 de junho de 1994. Brasília: Corde; 1995.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos - NBR9050/94. Rio de Janeiro: ABNT/ Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo; 1994.
3. Freitas et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

4. Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam. Unidade de Políticas Públicas – UPP. Município acessível ao cidadão. Adriana Romeiro de Almeida Prado (coord.). São Paulo; 2001.
5. Guimarães M. Acessibilidade ambiental para todos na escala qualitativa da cidade. TOPOS Revista de Arquitetura e Urbanismo 1999; 1 (1).
6. IV Conferência das Cidades. "A cidade cidadã: as diversas formas de superação da violência". Documentos para discussão. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2002.
7. Licht FB, Almeida Prado AR. Idosos, cidade e moradia: acolhimento ou confinamento? Revista Kairós gerontologia/Núcleo de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia PUC-SP; 2002; 5 (2).
8. Neri AL (org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 2002.
9. Perracini MR. Planejamento e adaptações do ambiente para pessoas idosos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL et al. (orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
10. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Edifícios no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
11. Pires AB et al. Transporte humano: Cidades com qualidade de vida. São Paulo: ANTP; 1997.
12. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimento 2002 – Versión oficiosa. Comité Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento; 2002.
13. Veras R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. Revista USP/Coordenadoria de Comunicação Social; 2001; 51.
14. Wright C. Facilitando o transporte para todos. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2001.

Ilustrações

Todas as ilustrações deste trabalho foram feitas por Helena Bragatto.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

52 Atenção Preventiva ao Idoso: Uma Abordagem de Saúde Coletiva

Renato Veras

Introdução

O presente capítulo pretende fazer uma exposição de alguns aspectos demográficos e sociais da terceira idade, analisando questões referentes à definição de envelhecimento nos países em desenvolvimento e desenvolvidos, aos conceitos de envelhecimento cronológico e funcional, aos aspectos relativos à participação e conseqüências da mulher na velhice e aos rendimentos precários pagos pela Previdência Social, apesar da reforma do INSS em 1998. Finalmente, este capítulo destaca o papel exercido pelas Universidades da Terceira Idade.

A Terceira Idade: Aspectos Demográficos e Sociais

As questões relativas à terceira idade têm crescido em importância ultimamente, uma vez que o envelhecimento da população é um fenômeno global que carrega importantes repercussões nos campos social e econômico, especialmente em países em desenvolvimento. Entre estes, destaca se o Brasil, cuja população encontra-se em rápido processo de envelhecimento. No ano 2025, seus habitantes com 60 ou mais anos comporão, numa estimativa conservadora, um contingente de 31,8 milhões de pessoas, fato que o situará como o sexto país do mundo em número de idosos.

Para se ter noção da magnitude desse crescimento, basta verificar o que já ocorre com a população de certas áreas da cidade do Rio de Janeiro. Nos bairros com comunidade de maior poder aquisitivo e melhor aquinhoada em termos de facilidades urbanas — destacando-se Copacabana —, a população de idosos já ultrapassa a marca de 27%, proporção igual ou superior à de qualquer país desenvolvido e de longa tradição nesse aspecto. Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder às demandas médico-sociais desse grupo, em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados quantitativa e qualitativamente, ainda é relativamente precária. Ao mesmo tempo, são muitos os problemas que afetam significativamente a qualidade de vida dos idosos, geram estresse familiar e consomem grande parte dos recursos públicos, tais como problemas de naturezas médica, social, jurídica etc. Tomados em conjunto, esses dois aspectos apontam para uma propensão à necessidade de elevação dos investimentos públicos específicos para a terceira idade.

Deve se considerar, porém, que vivemos em nosso país uma situação peculiar, em que a tendência ao progressivo aumento do contingente de idosos na população, já observada em países desenvolvidos, ocorre numa situação bastante diversa. Temos, por um lado, carência geral de recursos e, por outro, um grande contingente de indivíduos jovens, também demandando atenção específica dos programas pú-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

blicos e disputando a escassez destes. Isso quer dizer que as soluções apontadas para os desafios surgidos na transição demográfica nos países desenvolvidos serão de pouca valia para o Brasil. Assim, para elaborarmos nossas respostas é preciso gerar conhecimento local. O contexto atual, no entanto, não parece favorecer tal atuação: a baixa prioridade atribuída à terceira idade nas políticas públicas (assistenciais, previdenciárias e de ciência e tecnologia) evidencia uma percepção inadequada das necessidades específicas desse segmento populacional. Torna se necessário um esforço político orientado para colocar na pauta da sociedade as necessidades desse segmento populacional. Infelizmente, a produção de estudos específicos sobre as necessidades da terceira idade ainda é restrita.

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade; mas tal, por si só, não é o bastante. E importante almejar melhor qualidade de vida para aqueles que já envelheceram ou que estão nesse processo. Manutenção de autonomia e independência é tarefa complexa que resulta dessa conquista social. O desafio para os países em desenvolvimento é considerável, já que, no passado, quando as populações dos países europeus começaram a envelhecer, estes eram ricos, a população mundial era menor e a sociedade, menos complexa. Os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, ainda não equacionaram satisfatoriamente as necessidades básicas da infância e defrontam se com a emergência, em termos quantitativos, de um outro grupo etário, também fora da produção econômica, na busca de investimentos para atender a demandas específicas.

Esse é o duplo desafio a se enfrentar: assegurar serviços de qualidade para os idosos e desenvolver, concomitantemente, recursos humanos de excelência e conhecimento para lidar com o grupo etário que mais cresce no país; isso tudo, ressalve-se, sem abandonar a atenção à base da pirâmide etária, sob pena de agravarem-se ainda mais as já lamentáveis estatísticas de mortalidade infantil e evasão escolar, por exemplo.

O que É Envelhecimento?

A velhice é um termo impreciso, e sua realidade, difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto suas artérias, seu cérebro, seu coração, seu moral ou sua situação civil? Ou é a maneira pela qual outras pessoas passam a encarar essas características que a classifica como velha?

Não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia também globalmente aceitável para o envelhecimento. Inevitavelmente, há conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito, que pode ser melhor visualizado dentro de sociedades específicas. Culturalmente definida, a velhice deve ser certamente percebida diferentemente em um país com uma expectativa de vida, ao nascer, de 37 anos, tal como em Serra Leoa, quando comparada à maneira como é percebida em outro, como o Japão, cuja expectativa de vida, ao nascer, é de 78 anos. A despeito disso, em nome da comparação de dados, será utilizada, neste capítulo, uma abordagem cronológica para definir a população idosa; aliás, à semelhança da recomendação da Organização Mundial de Saúde, utiliza-se, neste texto, um ponto de corte de 60 anos, que já é sistematicamente empregado em países em desenvolvimento para definir os "idosos". A fim de observar as diferenças entre as faixas etárias, serão usadas três subfaixas: de 60 a 69 anos, uma faixa de "jovens idosos"; de 70 a 79 anos, uma faixa de "meio idosos"; a partir de 80 anos e uma faixa de "idosos velhos"*. No Brasil, os primeiros dois grupos são numericamente importantes (como se pode ver na Tabela 52.1). No entanto, a proporção do grupo dos mais idosos é a que mais cresce, à semelhança dos países do desenvolvidos. Atualmente, sobretudo nos países desenvolvidos, a faixa etária acima dos 80 anos é objeto de muitos estudos devido aos altos custos de atendimento médico, ao alto risco de doenças e ao drástico aumento recente dos números.

Envelhecimento Cronológico *versus* Envelhecimento Funcional

O conceito de capacidade funcional é particularmente útil no contexto do envelhecimento. Envelhecer, mantendo todas as funções, não significa problema, quer para o indivíduo ou para a comunidade. É quando as funções começam a se deteriorar que os pro-

*Nas línguas latinas usa-se a expressão terceira idade para designar os idosos. A expressão tem origem no projeto francês Les Universités du Troisieme Âge (Universidades da Terceira Idade). Agora os franceses estão usando o termo quarta idade para a faixa etária acima de 80 anos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

blemas começam a surgir. O conceito está intimamente ligado à manutenção de autonomia, que pode ser melhor compreendida com um exemplo. A vida de um homem idoso que tenha sofrido um acidente vascular cerebral, deixando algumas seqüelas moderadas, passará naturalmente por uma verdadeira revolução caso se torne viúvo. Suponhamos que tal homem viva só e não saiba cozinhar — a situação o tornará imediatamente dependente, a ponto de ter de se considerar sua transferência para uma instituição, caso não seja possível mobilizar recursos comunitários capazes de mantê-lo em sua própria moradia. Se ele passar a contar com a ajuda de alguém que vá à sua casa, diariamente, preparar sua comida, seu estado de dependência permanecerá inalterado, embora ele tenha recuperado sua autonomia. O mesmo se pode dizer de uma pessoa idosa com grau severo de artrite, cuja situação tenha chegado a tal ponto que sua autonomia ficou severamente comprometida. Ela não pode mais, por exemplo, usar o banheiro, que está no segundo andar da moradia. Se suas condições econômicas permitirem a construção de um banheiro no primeiro piso, sua autonomia será imediatamente restabelecida, possibilitando-lhe permanecer vivendo na comunidade.

Na velhice, a manutenção de autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é conforme o grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia, fato que o faz independente dentro de seu contexto socioeconômico e cultural. Sob o ponto de vista prático, há várias formas de se medir tais funções; uma delas, como já foi observado, é pelo desempenho de atividades diárias: a autonomia de um idoso que vive em uma grande cidade de um pais desenvolvido pode ser medida por sua capacidade de cuidar de si próprio (higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer suas próprias compras, manutenção básica da casa, e outras); já para um idoso que vive em uma zona rural de um país em desenvolvimento, autonomia pode significar algo muito mais complexo, tal como a capacidade de realizar trabalho físico pesado, na lavoura. Nesse sentido, portanto, o conceito de envelhecimento cronológico passa a ser de relevância muito menor do que o conceito de envelhecimento funcional. As dificuldades em aplicar tal conceito são, naturalmente, inúmeras. No entanto, sob o ponto de vista do planejamento, a abordagem funcional é a mais importante e, conseqüentemente, uma área de crescente interesse para pesquisa.

Há ainda que se ressaltar que, em decorrência das precárias condições de vida nos países em desenvolvimento, o envelhecimento funcional precede o cronológico e, muitas vezes, de maneira bastante precoce. Um operário que passa 20 ou 30 anos trabalhando em condições ambientais adversas, desempenhando atividades físicas muito além de sua própria força, mal nutrido, sem condições adequadas de lazer, enfrentando todo o estresse de uma grande metrópole, sem condições adequadas de moradia e submetendo-se por várias horas semanais a sistemas de transporte urbano totalmente impróprios, ao chegar aos 50 anos já estará funcionalmente envelhecido. O mesmo se pode dizer de uma mulher aos 40 anos, após oito ou dez gestações a termo, longos períodos de lactação, mal alimentada, sem descanso na incessante tarefa

Tabela 52.1 População por Grupo de Idade no Brasil, 1950-2025

	0-14	15-59	60-69	70-79	80 e Mais	Total
1950	21.686	27.928	1.451	545	209	51.944
1960	29.912	36.849	2.190	850	290	70.191
1970	39.131	49.108	3.007	1.225	485	93.139
1980	45.461	66.197	4.475	2.147	593	119.003
2000	56.988	108.147	8.229	4.620	1.503	179.487
2025	60.571	151.356	19.673	10.537	3.672	245.809

Fonte: IBGE, 1983.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de cuidar dos filhos, da casa e, muitas vezes, com co-responsabilidades financeiras na família. Nos países em desenvolvimento, o envelhecimento pode preceder, em muito, a barreira artificial do ponto de corte dos 60 anos.

Uma pergunta que poderá ser feita pelos que vierem a ler este trabalho é: "Por que escrever um artigo sobre pessoas idosas em um país jovem?" A resposta é simples: o Brasil já possui uma grande população de idosos e sabe se pouco a seu respeito. Além disso, este não é um fenômeno isolado.

Desde a década de 1980, a maioria dos idosos vivia em países em desenvolvimento, fato ainda não apreciado por muitos que continuam associando velhice a países desenvolvidos da Europa ou da América do Norte. Projeções demográficas indicam que de 1980 até o final do século cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorreram em tais países (Tabela 52.2), fazendo com que este seja o grupo etário que mais crescerá na maioria dos países menos desenvolvidos. Na América Latina, entre 1980 e 2025 deverá ocorrer um aumento de 117% da população total (de 362,1 para 786,6 milhões), enquanto o aumento da população acima de 60 anos será de 312% (de 23,3 para 96,2 milhões), ou seja, 2,5 vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo.

No longo prazo, as perspectivas são ainda mais impressionantes. A Tabela 52.3 mostra o aumento da população idosa em países que terão 16 milhões ou mais de pessoas acima de 60 anos no ano 2025, partindo-se da população de mesma faixa etária em 1950. Entre os 11 países que terão as maiores populações de idosos dentro de 40 anos, oito situam-se na categoria de países em desenvolvimento de acordo com os critérios atuais. Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cederão lugar às dos países mais jovens, como Nigéria, Brasil e Paquistão. Em termos práticos, o aumento é sem precedentes. No Brasil, por exemplo, esse aumento será de 15 vezes entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de não mais que cinco vezes no mesmo período. Tal fato colocará o Brasil em 2025 com a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos. Comparando essa situação com a de outros países de grande população idosa, como Estados Unidos, Japão e China, veremos que, no mesmo período, os idosos aumentarão numericamente apenas 3,5, cinco e seis vezes, respectivamente.

Tabela 52.2 Evolução da População de 60 Anos ou Mais, nas Várias Regiões do Mundo (1980-2025)

	População Idosa				
	Milhões			Porcentagem	
Regiões	1980	2000	2025	1980	2000
Mundo	271	595	1.135	8.3	9,7
Regiões mais desenvolvidas*	173	234	329	15,2	18,3
Regiões menos desenvolvidas**	198	362	806	6,0	7,5
África	23	42	98	4,9	4,8
América Latina	23	42	96	6,4	7,6
América do Norte	39	47	82	15,4	15,7
Leste da Ásia	92	162	323	7,8	11,0
Sul da Ásia	74	142	321	5,3	6,8
Europa	02	102	131	16,9	19,8
Oceania	3	4	7	11,5	12,6
Brasil	7	14	32	5,8	7,8

**As regiões mais desenvolvidas incluem América do Norte, Japão, regiões da Europa, Austrália-Nova Zelância e a antiga União Soviética.*
*** Regiões menos desenvolvidas incluem todas as regiões da África, todas as regiões da América Latina, China, demais países do Leste da Ásia, todas as regiões do Sul da Ásia, Melanésia e Micronésia-Polinésia.*
Fonte: UNO, Diesa, Periodical on Ageing; 1985.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 52.3 **Projeção do Crescimento da População de 60 Anos ou Mais nos Países de Maior População Idosa (1950-2025)**

	População Idosa (Milhões)				Incremento %
Regiões	2025	2000	1975	1950	1950-2025
China	284.1	134.5	73.3	42.5	668.5
Índia	146.2	65.6	29.7	31.9	458.3
CEI	71.3	54.3	33.9	16.2	440.1
EUA	67.3	40.1	31.6	18.5	363.8
Japão	33.1	26.4	13.0	6.4	517.2
Brasil	31.8	14.3	6.2	2.1	1.514.3
Indonésia	31.2	14.9	6.8	3.8	821.1
Paquistão	18.1	6.9	3.6	3.3	548.5
México	17.5	6.6	3.1	1.3	1.346.2
Bangladesh	16.8	6.5	3.3	2.6	646.2
Nigéria	16.0	6.3	2.6	1.3	1.230.8

Fonte: UNO, Diesa, The world aging situation; 1985.

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo, ao qual mesmo os países desenvolvidos ainda estão tentando se adaptar. O que era, no passado, marca de alguns poucos países, passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo.

Atualmente, os pesquisadores reconhecem que os avanços médicos contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população; todavia, a razão principal para essa ampliação está associada à elevação da qualidade de vida. Apesar de muito longe do ideal, se compararmos a situação atual com a de 40 ou 60 anos atrás perceberemos melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito mais adequadas que anteriormente.

No Brasil, esse conjunto de fatores levou a uma acentuada redução nas taxas de mortalidade, particularmente nos primeiros anos de vida. Entretanto, mais do que a diminuição da mortalidade, a explicação para o crescimento da população do grupo etário de mais de 60 anos está na drástica redução nas taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos. As razões para a mudança do padrão reprodutivo são várias. De um lado, fruto do intenso processo de urbanização da população, há uma necessidade crescente de limitação da família, ditada pelo *modus vivendi* dos grandes centros urbanos (principalmente em um contexto de crise econômica), caracterizado, entre outros aspectos, por uma progressiva incorporação da mulher à força de trabalho e pelas mudanças de padrões socioculturais decorrentes da própria migração e da ação massificadora dos meios de comunicação (sobretudo a televisão), que veiculam um padrão de vida caracterizado, principalmente, por famílias pequenas. Associada a esse contexto, pode-se observar uma crescente difusão de métodos contraceptivos no Brasil.

A conjugação desses fatores se expressa, em médio prazo, numa mudança significativa do padrão demográfico do país, de altas taxas para taxas relativamente baixas de mortalidade e natalidade — processo este conhecido por "transição demográfica".

Estrutura Familiar e Velhice

Muitas vezes, na velhice, os problemas de saúde causados por doenças múltiplas são agravados pela

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

solidão e pela pobreza. A falta de companhia do velho, nos dias atuais, está diretamente ligada às transformações que se operam nas famílias. Nos grandes centros urbanos do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo, tem aumentado a proporção das pequenas famílias (nucleares) em detrimento de um padrão de família extensa que ainda se observa em zonas rurais e cidades menores. Esta última, que é característica das sociedades tradicionais, tem como traço marcante a solidariedade sociocultural, além do fato de a família desempenhar papel central na vida dos indivíduos. Isso se deve à permanência dos laços de parentesco, no sentido amplo, incluindo agregados, que, muitas vezes, são mantidos como condição de sobrevivência econômica e social.

Outros fatores concorrem para a diminuição do suporte familiar em relação ao velho; entre eles, a maior mobilidade das famílias — facilitadas pelo menor tamanho — e o aumento do número de separações e divórcios entre os casais em décadas mais recentes. Ambas as situações têm, como conseqüência, uma vida mais insular e a redução do apoio familiar ao idoso.

Viver sozinho não é necessariamente uma experiência negativa; muitas pessoas, em todas as idades, escolhem viver assim. No entanto, viver por longo período sem companhia predispõe ao isolamento. Por exemplo, na Inglaterra, entre o censo de 1961 e 1971, a proporção do grupo etário acima dos 65 anos que morava só aumentou de 17% para 34%, e na população acima dos 75 anos foi observado que quase a metade morava desta maneira. Outro dado significativo é que 47% desses ingleses nunca recebem visita de amigos. Como já mencionado, esse é um dos fatores que predispõem a eclosão de problemas físicos e mentais em particular. Um em cada três velhos sofre de algum quadro mental e a prevalência da depressão nesse grupo é de 10%. Na Bélgica, as taxas de suicídio entre os homens acima de 75 anos é cinco vezes maior do que as da população em geral e entre as mulheres, três vezes maior. No estudo de Foster e cols. foi observada maior longevidade entre os velhos que vivem com mulheres jovens. Esse resultado, para os autores, sugere que a vida emocional e social ativa confere benefícios em termos de aumento de anos de vida.

Uma importante modalidade de suporte social é obtida com o apoio de parentes, vizinhos ou amigos. Essa estrutura social foi por muito tempo o referencial de maior apoio na comunidade e, nos dias atuais, tende a diminuir — do mesmo modo e pelos mesmos motivos que estão levando ao desaparecimento da família extensa.

Mulher e Velhice

O crescente aumento da expectativa de vida da população mundial ao nascer, apesar de extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme. No Brasil essa expectativa dobrou ao longo do século passado, como pode ser observado na Tabela 52.4. No entanto, o aumento para a mulher foi mais significativo do que para o homem. Ao lado de diferenças biológicas, como, por exemplo, o fator protetor conferido por hormônios femininos, em relação à isquemia coronariana, há várias explicações para o aumento da expectativa de vida da mulher, conforme descrito a seguir.

- Diferença na exposição a fatores de risco de trabalho; acidentes de trabalho e morte por causas externas (acidentes em geral, em particular os de trânsito e quedas; além de homicídios, suicídios etc.) ocorrem no Brasil em uma proporção quatro vezes maior entre homens do que entre mulheres.
- Diferenças no consumo de álcool e tabaco: esses produtos são associados às causas de morte mais importantes (doenças cardiovasculares e câncer) na faixa etária acima de 45 anos.
- Diferença de atitude em relação à doença: as mulheres, em geral, são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm melhor conhecimento das doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que o homem. O diagnóstico precoce proporciona melhor prognóstico, aumentando as chances de sobrevida.

No entanto, vários desses fatores de risco que são predominantes no homem e que reduzem seu período de vida, em breve poderão estar estendidos à mulher, devido à sua crescente luta pela igualdade, por oportunidade e pela ampliação de seu espaço no mundo contemporâneo. A incorporação de valores e hábitos que há pouco eram restritos aos homens já pode ser observada entre elas. Exemplo dessa mudança de padrão verifica-se no consumo de cigarro. Nos Estados Unidos, atualmente, o hábito de fumar entre adolescentes do sexo feminino é maior do que entre os do sexo masculino. Também no Brasil, resultados relativos ao maior consumo do cigarro entre escolares do sexo feminino foram observados em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 52.4 Expectativa de Vida ao Nascer, Ambos os Sexos, Brasil (1900-2025)

Anos	Expectativa de Vida ao Nascer
1900	33,7
1910	34,1
1920	34,5
1930	36,5
1940	38,5
1950	43,2
1960	55,9
1970	57,1
1980	63,5
2000	68,6
2020	72,1
2025	75,3

Fonte: Santos; 1978 (1900-1950).
UNO, Diesa, Periodical on Ageing; 1985 (1960-2025).

Por outro lado, o aspecto econômico tem levado a uma crescente participação da mulher na força de trabalho, a fim de contribuir financeiramente com o orçamento doméstico. Esse fato já não se restringe apenas à mulher jovem e solteira: entre 1950 e 1980, nos Estados Unidos, a porcentagem de mulheres entre 45 e 54 anos com trabalho remunerado aumentou de 38% para 60%.

Uma importante decorrência dessa maior participação da mulher na força de trabalho é a ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de doença e/ou incapacidade física. Essas funções, tradicionalmente ligadas à mulher, e não recompensadas financeiramente, estão exigindo novas soluções nas grandes cidades.

Uma outra situação característica da mulher é a solidão na velhice. Na Inglaterra, dois terços dos 10 milhões de velhos são do sexo feminino e, no grupo etário acima de 85 anos, para cada homem existem cinco mulheres vivas. Também no Brasil a proporção de idosas é bem superior à de idosos, em particular após os 80 anos, conforme pode ser observado nas Tabelas 52.5 a 52.7, que demonstram a razão de sexos.

Tabela 52.5 Razão de Sexo* para Três Faixas Etárias de Idosos (em 1950, 1960, 1970, 1980 e 1991)

	60 Anos ou Mais	70 Anos ou Mais	80 Anos ou Mais
1950	104,7	129,5	172,7
1960	101,5	114,9	157,4
1970	105,4	116,9	144,9
1980	111,5	120,3	160,2
1991	117,7	126,5	-

*Razão de Sexo significa o número de mulheres para cada 100 homens.
Fonte: IBGE

Tabela 52.6 Razão de Sexo* para Três Faixas Etárias de Idosos (em 1980, 1991 e 2000)

	60 a 69 Anos	70 a 79 Anos	80 Anos e Mais
1980	94.1	88,1	68,3
1991	89,2	83,6	68,5
2000	86,4	80,0	66,4

* Razão de Sexo nesta Tabela significa número de homens para cada 100 mulheres.
Fonte: Censos demográficos (dados atualizados)

Devido a esse maior período de vida, ocorre também o aumento do número de mulheres viúvas. Além de a mulher ter uma vida mais longa, normalmente por fatores culturais ela se casa mais jovem do que o homem. O resultado da conjunção desses dois fatores é um período mais extenso de solidão entre as mulheres viúvas (ou divorciadas) em relação ao homem (Tabela 52.8). Além disso, as taxas de um segundo casamento em todas as idades são maiores entre os viúvos.

Uma outra conseqüência dessa maior longevidade da mulher em relação ao homem é a maior freqüência, entre as mulheres, dos longos períodos de doenças crônicas. Essa observação sugere a importância dos cuidados médicos com a mulher idosa, sem, no entanto, esquecer os demais fatores sociais relacionados com a velhice na mulher, entre os quais despontam a redução de renda, a perda do companheiro e a solidão no final da vida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 52.7 Razão de Sexo* para Três Faixas Etárias de Idosos no Brasil (1960-1991)

	60 Anos ou Mais	70 Anos ou Mais	80 Anos ou Mais
1960	101,2	114,4	142,8
1970	105,4	116,8	137,7
1980	111,4	120,5	146,6
1991	117,4	125,9	145,9

*Razão de sexo significa o número de mulheres para cada 100 homens.
Fonte: IBGE, 1984

Tabela 52.8 Diferença da Situação Conjugal entre Idosos, por Sexo, no Brasil

	Solteiros	Casados	Viúvos	Divorciados
Homens	5,2%	77,9%	12,3%	4,6%
Mulheres	9,0%	38,5%	45,7%	6,8%

Trabalho e Velhice

Outro aspecto que contribui grandemente para a diminuição do *status* social do velho é, sem dúvida, o rápido desenvolvimento tecnológico dos anos recentes. Uma das conseqüências é o despojamento das habilidades dos mais idosos, tornando suas contribuições imediatas para a sociedade em que vivem menos relevantes. O que antigamente era tido como sua maior riqueza e o colocava numa posição de destaque na sociedade — seu saber e conhecimento acumulados, frutos da longa experiência de vida —, nos dias atuais não é mais valorizado. A ideologia do saber atual é gerada pelo conhecimento técnico-científico, dominado pelos jovens e que exclui, quase que por completo, o idoso. Pouquíssimos, talvez somente alguns artistas, políticos e profissionais liberais conseguem ser considerados melhores nessa idade do que quando jovens.

Um expressivo exemplo da mudança de atitude da sociedade perante o velho pode ser observado no comentário produzido por Chow em relação ao tradicional ditado chinês: "Ter um velho em casa é como ter um tesouro no lar." Segundo ele, esse provérbio, mesmo nas sociedades orientais, não é mais levado a sério, por conseqüência das transformações sociais, culturais e econômicas do mundo atual, o que faz com que o idoso se sinta rejeitado e indesejado, inclusive por sua própria família.

Como conseqüência da vida atual mais solitária, o velho, na maioria das vezes, tem de arcar com os custos de manutenção de sua casa. Aquele que não pode acumular uma poupança durante a vida produtiva tem, em geral, um final de vida em situação financeira pior do que quando trabalhava, pelo fato de o valor de sua aposentadoria, para os que a têm, ser inferior ao dos vencimentos do período produtivo.

Além disso, a possibilidade de gerar novos recursos a fim de complementar a renda com outro trabalho remunerado é quase nenhuma. Ainda que não existam proibições legais ao trabalho do idoso, o fato é que praticamente não existem oportunidades de trabalho.

Rendimentos

As novas propostas de reforma da Previdência, com mudança nos valores e nos prazos para aposentadoria, colocaram o tema na agenda social de discussão do país, carregando consigo a necessidade urgente de se pensar na questão do idoso e na formulação de políticas públicas voltadas para qualidade de vida da população que envelhece. A inclusão do idoso pressupõe vida ativa, independência e autonomia; socialmente, emocionalmente e financeiramente. O exercício pleno de sua cidadania implica não só em sua integração na sociedade como sua própria manutenção, os meios de prover sua moradia, alimentação, vestuário, lazer, remédios.

É importante observar que se referem a rendimentos duas mudanças marcantes e inter-relacionadas que afetaram as condições de vida dos idosos brasileiros entre 1981 e 2001. Nesse período, no segmento masculino, o percentual de idosos pobres teve forte redução: de 34,6% para 15,9%. Passou-se, portanto, a ter menos idosos pobres. A proporção comparável para as mulheres foi reduzida em 20 pontos percentuais, representando uma queda de aproximadamente 60%. A diminuição da pobreza entre as mulheres idosas em período semelhante foi maior do que a queda entre os indivíduos não idosos.

Essas mudanças foram mais expressivas na década de 1990 e se devem basicamente à implementação das medidas estabelecidas pela Constituição de 1988.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As principais modificações foram a concessão do benefício da aposentadoria por idade rural. Até então, os benefícios eram dirigidos para a unidade familiar e passaram a ser dirigidos aos indivíduos, com repercussão maior no contingente feminino.

Muito embora seja reconhecida e valorizada a melhoria das condições de saúde e renda da população brasileira, a questão é que elas são muito dependentes das políticas de saúde, previdência e assistência social, áreas hoje em situação crítica de financiamento não só no Brasil, mas em quase todo o mundo.

Isto se dá, principalmente, porque os sistemas previdenciários, em geral, foram concebidos no pós-guerra, visando a repor a renda quando da perda da capacidade de trabalho. Assentavam-se em três pressupostos que hoje não se verificam mais: pleno emprego, emprego formal e baixa esperança de vida, o que significava que poucas pessoas chegavam a se aposentar e ficavam aposentados por pouco tempo.

O quadro mudou. O Brasil hoje é um país de cabelos brancos. A população brasileira envelhece rapidamente ao mesmo tempo em que amplia seu tempo de vida. Se o número de idosos aumenta, aumentam a previdência e a necessidade de atendimentos à saúde. A expectativa atual de vida dos brasileiros, de 69 anos, refere-se à média para homens e mulheres, ricos ou pobres, do Norte ao Sul do país. Mas uma brasileira urbana do Sudeste já tem a mesma expectativa de vida de uma japonesa, ou seja, acima de 80 anos. As projeções indicam que a mulher que se aposentar aos 55 anos terá mais 30 anos de vida ativa. Isso exigirá mudanças de perspectiva financeira na percepção do papel social de cada um, novas formas de independência e autonomia dos idosos. São dados que, necessariamente, terão de ser contemplados em qualquer proposta previdenciária.

É fato que a Previdência no Brasil opera em *déficit* desde 1994. A resposta do governo tem se limitado à redução do valor do benefício. A reforma do INSS de 1998 usou para tal uma forma paramétrica. Estudos do IPEA mostram que o modelo acarreta perda no valor do benefício de 34% para homens e 43% para mulheres, comparados à situação atual. Outra mudança foi atrelar o benefício cada vez mais ao tempo de contribuição.

Uma análise objetiva das novas medidas indica que elas podem acarretar conseqüências negativas tanto para o sistema, em termos de financiamento, quanto para o indivíduo. Na verdade, elas parecem remar contra a corrente, pois ignoram as condições atuais do mercado de trabalho brasileiro: retração do emprego, informatização generalizada, e "precarização" das oportunidades de trabalho, com alternância cada vez mais freqüente entre a condição de trabalhador ocupado e desocupado, tornando impossível honrar as obrigações em geral e, portanto, aquelas com o INSS.

Outro ponto crítico é que a reforma da Previdência almeja se aproximar do sistema privado, perdendo uma de suas funções, que é ser parte de uma política de pessoal. A condição de uma aposentadoria integral para quem ingressasse o setor público era parte de uma política de criação de uma carreira de Estado, na qual os menores salários pagos em relação ao mercado eram compensados por estabilidade no emprego e aposentadoria integral.

Em suma, a reforma do INSS de 1988 parece fadada a não resolver o problema de financiamento, e pode resultar em uma geração de "velhos de rua". O quadro que se desenha mostra que, dificilmente, a assistência social poderá gerar renda para quando esse segmento elevado da população, hoje desempregado e informatizado, perder sua capacidade de trabalho.

Sabemos que uma das conquistas do século XX foi a ampliação do tempo de vida do homem. O que se espera é que a reforma da Previdência ofereça ao cidadão idoso condições adequadas para continuar ativo na sociedade, adicionando qualidade aos anos a mais que serão vividos e o permitindo exercer a cidadania, que lhe é de direito.

Inovações no Campo do Cuidado com o Idoso

As Universidade Abertas da Terceira Idade

Dentre as instituições públicas, a universidade é, no momento, a mais equipada para responder às necessidades do grupo etário dos idosos. A estruturação de microuniversidades temáticas voltadas para a terceira idade pode ser o ponto de partida. Nelas, os idosos recebem assistência e ensino e participam de atividades culturais e de lazer; além disso, propiciam uma coorte inestimável para pesquisas em várias áreas do conhecimento, ajudando, assim, na formação de profissionais de alta qualificação e alavancando a produção de conhecimento sobre a terceira idade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Há a necessidade de se desenvolver modelos de atenção à saúde que fujam das práticas tradicionais: o lugar reservado ao idoso, na maior parte dos casos, pouco mais é que um depósito. Os chamados "asilos geriátricos" são locais onde se estabelece um confinamento permanente dos indivíduos, mantidos longe dos olhos da sociedade. Como os loucos, os idosos são presos, não são vistos, não são ouvidos. Mais ainda, o atendimento que lhes é oferecido restringe-se, na melhor das hipóteses, ao tratamento clínico de doenças. Configura se um modelo de confinamento semelhante ao utilizado com os doentes mentais: a exclusão asilar.

Um exemplo da diversidade de práticas passíveis de implementação vem justamente da área de saúde mental, que tem desenvolvido mundialmente um processo de desinstitucionalização do atendimento aos pacientes psiquiátricos, que chega até mesmo, em alguns países como a Itália, a prescindir dos hospitais psiquiátricos. Guardadas as devidas proporções — em especial, considerando-se que a velhice não é doença — temos muito a aprender com a luta antinosocomial dos trabalhadores da área de saúde mental.

Um modo possível de reduzir os problemas de solidão dos idosos, aumentar seu contato social e desenvolver novas capacidades em idade avançada está nos projetos de centros de convivência. Sem o caráter do serviço médico ou, pelo menos, não sendo este o seu eixo principal, esses centros de convivência podem agrupar idosos em atividades culturais, de lazer ou mesmo esportivas, sempre com a supervisão de profissionais qualificados.

Para os idosos com autonomia e independência, pode-se pensar em introduzir o bem sucedido projeto francês Les Universités du Troisième Âge (Universidades da Terceira Idade), apesar de o mesmo restringir-se apenas ao campo do ensino. Uma versão mais ambiciosa de um projeto de centro de convivência, no interior de uma universidade, deve incluir também serviços de atenção integral à saúde e outros ligados à perspectiva acadêmica e científica da universidade. Seu principal objetivo é desenvolver iniciativas culturais e intelectuais, incentivando o estudante mais idoso a participar do ensino e do aprendizado. O currículo deve ser bastante amplo e incluir tanto habilidades práticas e atividades de lazer como projetos acadêmicos e de pesquisa.

Além disso, estes centros são locais especialmente adequados para trabalhos preventivos com os idosos. Sabe-se que os modelos de prevenção para este segmento etário são totalmente distintos dos preconizados para os grupos mais jovens. A proposta para os idosos é a de postergar ao máximo possível o início das doenças, pois estas, em sua maioria, são crônicas e, depois de instaladas, têm difícil reabilitação, de lenta evolução e longa duração. Portanto, um centro de convivência — uma das funções assumidas na proposta das Universidades Abertas da Terceira Idade (UnATI) — tem o mérito de ser um campo onde o idoso, ao fazer as suas atividades, pode ser observado pelos colegas e técnicos da equipe, permitindo a detecção e o atendimento a eventuais problemas de saúde tão logo se façam presentes, elevando em muito as possibilidades de uma evolução favorável do quadro. A concepção de uma miniuniversidade temática, ou seja, a conjugação de atividades em três áreas de atuação da universidade — ensino, pesquisa e extensão — voltadas para o cuidado com o idoso, possibilita a criação de alternativas inovadoras com interações sinérgicas entre produção de conhecimento, formação e aperfeiçoamento de recursos humanos e prestação de serviços. Os participantes das atividades numa UnATI, usuários e profissionais, são também artífices de um grande experimento, no qual, continuamente, buscam-se novas alternativas para as demandas da população idosa.

Devido ao seu vínculo com as universidades, esses programas incluem pessoas idosas no *campus*, onde obviamente entram em contato cotidiano com milhares de pessoas mais jovens. Isso significa uma tentativa particularmente importante de reduzir a discrepância de valores e idéias que causa tensão entre as diferentes gerações. A busca da integração entre gerações é, adicionalmente, uma estratégia que pode contribuir para reverter, em médio e longo prazos, o processo social de desvalorização do idoso na nossa cultura. A sociedade ocidental contemporânea tende a desqualificar o idoso, seu saber e acúmulo de experiências. O mundo hoje cultua o "jovem", como valor de produção e consumo; é um mundo de rápidas transformações em que tudo o que é "velho" é necessariamente obsoleto, ultrapassado.

Por esse motivo, nos projetos da UnATI, uma das preocupações é a de desmistificar alguns conhecimentos e saberes tidos como típicos e próprios para os mais jovens. Um bom exemplo é o uso da informática: ao se oferecer um curso no qual são repassados os conhecimentos básicos do manuseio de microcomputadores e da utilização de alguns aplicativos de uso

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

geral, como editores de texto, planilhas e gerenciadores de banco de dados, o objetivo não é oferecer aos usuários um instrumento para disputar um emprego no mercado de trabalho (embora, caso isso venha a ocorrer, será evidentemente um excelente benefício derivado), mas sim oferecer um instrumental para que eles se sintam mais integrados a esse aspecto do mundo atual e com mais ferramentas para o seu dia-a-dia. Esse é um exemplo das preocupações e motivações que norteiam o projeto e as atividades da UnATI. Não se oferece cursos para ocupar o tempo vago do idoso; procura-se transmitir os conceitos mais atuais, objetivando sua valorização como cidadão. Com efeito, situações desse tipo têm se multiplicado com os freqüentadores da UnATI; a incorporação de novos estoques de capital cultural tem levado, com freqüência, a um re-arranjo da própria estrutura familiar, com a revalorização de um membro idoso, anteriormente relegado a uma posição secundária. Nunca é demais lembrar a importância que se dá, em nosso meio, a se freqüentar uma universidade, especialmente no caso de idosos de determinados setores das classes média e baixa idosos, que não tiveram essa oportunidade na juventude.

O centro de convivência pode proporcionar aos idosos um motivo para sair regularmente e uma oportunidade de contato social; sabe-se que a ausência desse contato em bases regulares é em si um problema, com um impacto extremamente negativo para a saúde, tanto física quanto mental. Centros de convivência que funcionem em ligação estreita com centros de saúde e instalações hospitalares têm também a vantagem de poder tomar as providências necessárias para o tratamento médico daqueles que se queixam de problemas físicos. Além disso, o atendimento nos centros pode constituir também alívio considerável para as famílias. A assistência regular e a disponibilidade de uma equipe treinada dão à família a certeza de não estar enfrentando eventuais problemas sozinha. Considerando-se estes últimos aspectos, temos mais um motivo para aconselhar a instalação de universidades para a terceira idade dentro de uma universidade que conte com os serviços de um hospital universitário e todos os serviços assistenciais e de formação de recursos humanos da área da saúde.

Os centros de convivência podem também identificar atividades adequadas para os idosos, tornando-se um local de encontro para atividades de lazer. Cinemas, teatros e espetáculos podem adotar um esquema de preços reduzidos para os idosos em cooperação e integração com um centro de convivência. Em vários países, o uso dessas opções de lazer pelos idosos, especialmente nas tardes, é considerado bom investimento comercial; provavelmente, os empresários brasileiros, se forem incentivados a fazer o mesmo, obterão igual resultado.

Um obstáculo considerável, contudo, está ligado à possibilidade de deslocamento, fator impeditivo de que muitos idosos dos extratos sociais menos privilegiados possam ter acesso a esses programas. O fornecimento de meios de transporte baratos e facilmente utilizáveis precisa com urgência ser implementado, e deve ser considerado prioridade máxima. Esquemas já existentes, tais como os que asseguram o transporte público gratuito às pessoas idosas, não funcionam muito bem diante das dificuldades encontradas pelos idosos. No Rio de Janeiro, como em outras grandes cidades do Brasil, os ônibus circulam com lotação excessiva e seus degraus são muito altos para que uma pessoa idosa possa subir com facilidade. Outra constatação e queixa mais comum é a feita com relação aos motoristas, pois muitos dirigem de modo perigoso e suas freadas abruptas ocasionam quedas freqüentes entre os passageiros que estão em pé. Além disso, muitos motoristas recusam-se a permitir que idosos embarquem nos coletivos que dirigem. Sem que isso seja corrigido, várias pessoas da terceira idade não utilizarão os ônibus ou outros meios de transporte na cidade, ainda que gratuitos. Se o objetivo é fazer com que as pessoas idosas participem plenamente da vida da comunidade, elas precisam, igualmente, beneficiar-se de suas amenidades. Sua independência e autonomia serão implementadas se elas puderem ter acesso fácil aos serviços. É evidente que as soluções para estes e outros problemas são de ordem político-institucional; entretanto, a participação dos idosos em programas como os aqui propostos permite, entre outros ganhos, que eles próprios se organizem para identificar suas necessidades comuns, proponham soluções e cobrem sua implementação às autoridades competentes. A convivência em espaços comunitários tem o benefício adicional de possibilitar avanços quanto à percepção dos próprios direitos e deveres, fundamento do exercício da cidadania.

Alguns idosos têm dificuldades de locomoção que não podem ser superadas, mesmo com melhora substancial dos transportes coletivos. Com base em uma estratégia genérica de prevenção para o idoso, a antecipação da ação, a fim de evitar que problemas se

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tornem crônicos com atividades assistenciais no domicílio do idoso, é um mecanismo muito eficiente para lidar com esse tipo de dificuldade. Uma equipe de atendimento domiciliária, formada pela equipe de saúde e pessoal especializado, pode ser de grande ajuda no atendimento aos idosos. A equipe deve ser treinada para aconselhar a família, sugerir meios de se administrar os problemas e também ajudar a obter acesso a outros tipos de apoio em termos de saúde.

Os serviços domiciliários devem ser coordenados em estreita relação com a equipe de saúde do centro de convivência, de modo a maximizar o uso eficiente dos serviços médicos, pois grande parte do atendimento requerido tem de ser prestado na própria casa. Esquemas de atendimento domiciliário podem constituir uma ajuda importante, particularmente em áreas nas quais o tamanho da família está diminuindo e o apoio familiar é raro. Novamente, as UnATIs são locais privilegiados para a organização e a estruturação do atendimento domiciliário.

As UnATIS e a Atenção à Saúde

Embora as pessoas mais velhas possam ter a expectativa de desfrutar, ainda por vários anos, uma vida saudável e ativa, é amplamente reconhecido que os idosos são usuários dos serviços de saúde em taxa mais alta do que os demais grupos etários. A maioria dos idosos está bem de saúde: um estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que 82,5% de não relatavam problemas físicos ou queixas de saúde, dado coerente com outros trabalhos do mesmo tipo.

Entre os que reportaram problemas de saúde, no entanto, cerca de dois terços responderam possuir mais de uma queixa. Essa é uma característica importante nos idosos que deve ser levada em consideração, quando da organização dos serviços de saúde. Acresça-se a esse fato que os problemas de saúde de idosos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar/interdisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo; ou seja, exigem o máximo da parafernália do complexo médico industrial da área da saúde.

Apesar de uma importante parcela desse grupo etário ter boa saúde, entre aqueles que utilizam serviços de saúde, em relação aos demais grupos etários, uma proporção maior retorna para uma outra ou mais consultas. As mulheres usam os serviços de saúde com mais freqüência do que os homens. A generalização dessa característica, entretanto, é enganosa. Os idosos não constituem uma massa homogênea no que diz respeito ao uso dos serviços de saúde. Uma parcela substancial da utilização deve-se a uma demanda extensiva, gerada por um subgrupo relativamente pequeno. Além disso, a disponibilidade dos serviços não é bem distribuída, e muitos idosos recebem os primeiros cuidados somente nos estágios mais avançados de suas doenças.

Não é intenção aqui descrever os níveis desejáveis de cuidados, mas é claro que um serviço de nível básico para esse grupo deveria oferecer atendimento especializado e qualificado, ministrado por uma equipe bem treinada. Tal serviço deveria estar disponível para atender às necessidades de todos os idosos, de modo a conter e reduzir a debilitação resultante de doenças crônicas. Tornou-se claro que as mudanças ocorridas com a idade não se devem apenas ao processo de envelhecimento. Alterações sociais e patológicas desempenham papel importante e, em muitas situações, a deflagração desses problemas pode ser atenuada com a adoção de medidas preventivas. O principal objetivo das medidas preventivas na terceira idade não é reduzir as taxas de mortalidade, mas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas.

Com o aumento da expectativa de vida, sobretudo para as mulheres, a população está vivendo mais; entretanto, devido à carência de serviços e instalações qualificados para os idosos, não apenas a vida é prolongada, como também o período de incapacidade e dependência. Esta é a área em que a promoção da saúde é mais eficaz, se tratada dentro de uma perspectiva ampliada de centros de convivência, onde o atendimento global tem um importante papel a desempenhar, tanto na prevenção da incapacidade quanto na recuperação da autonomia dos doentes.

Desejamos enfatizar a necessidade de equipes multidisciplinares e interdisciplinares treinadas para proporcionar cuidados especificamente dirigidos à terceira idade, sob pena de se recair em modelos ultrapassados de atendimento que apenas medicalizam problemas. Uma necessidade muito comum entre idosos pode servir de exemplo: manifestações de ansiedade não são incomuns nessa faixa etária; um indivíduo, possuidor de algum bem material, querendo legar o mesmo a um familiar, por se supor próximo do fim da vida, se vê angustiado com a perspectiva de deixar a este familiar não uma propriedade, mas um problema, devido a algum tipo de irregularidade no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

seu registro. A aflição desse idoso, muitas vezes, acaba levando-o a um serviço de saúde.

Na maioria dos casos, o idoso é examinado por um clínico ou por um psiquiatra, já que sua história é de grande ansiedade. O médico geralmente ouve a queixa, receita um ansiolítico e o manda de volta para casa, sem corretamente diagnosticar o motivo e a causa da consulta. Normalmente, são prescritos medicamentos não só inadequados, como também contra-indicados — caso dos benzodiazepínicos, por exemplo.

Em uma equipe de saúde, ou melhor, em uma equipe preocupada com a *qualidade de vida,* nosso idoso hipotético poderia ter suas necessidades melhor atendidas não por um especialista do campo médico, mas por um advogado, pois sua demanda é de ordem jurídica e nada tem a ver com o conhecimento restrito da área médica. Portanto, a compreensão de que a equipe de saúde não se restringe apenas ao campo das ciências da saúde é um primeiro passo para se estruturar corretamente as equipes multidisciplinares, tão necessárias ao atendimento do idoso.

Evidentemente, saúde não é sinônimo de assistência. O alcance da prevenção é considerado para muitos um dos problemas que afligem a velhice; mas as medidas preventivas, para se tornarem plenamente eficazes, devem começar na infância e continuar no decorrer da vida adulta. Isso, contudo, nem sempre é possível e, algumas vezes, só acontece já na velhice. Uma abordagem de prevenção pode ser empreendida com a busca ativa e a antecipação do surgimento da doença. Embora os problemas das pessoas idosas nem sempre decorram do processo de envelhecimento, elas certamente têm o direito de recusar as medidas preventivas ou terapêuticas; no entanto, só exercerão efetivamente esse direito se tiverem consciência dos objetivos da prevenção na velhice e se o pessoal da área de saúde for adequadamente treinado para fornecer a informação e o tratamento requeridos, no sentido de beneficiar e melhorar sua saúde.

É preciso reconhecer que, com o aumento do período de vida, novas doenças serão mais prevalentes entre a população. Um exemplo já detectado em alguns estudos é o das deficiências cognitivas. Com prevalência praticamente nula abaixo dos 60 anos, o número de casos dobra a cada cinco anos na velhice. O impacto da demência (e de desordens a ela relacionadas) sobre a família do paciente e a sociedade não deve ser subestimado. As conseqüências das doenças demenciais são graves. Além disso, os distúrbios demenciais são a principal causa de incapacidade e dependência na velhice. Há fortes indícios de que a demência atualmente se situe entre as doenças que mais matam.

Vários são os fatores de risco associados à deficiência cognitiva: a natureza marcadamente dependente da idade que caracteriza a deficiência cognitiva, a predominância entre mulheres (como resultado do fator idade), a acentuada importância dos fatores socioeconômicos e a associação com a incapacidade de desempenhar as atividades cotidianas. Esses fatores combinados deveriam ser suficientes para deflagrar um aumento de preocupação com o problema no setor de saúde pública. É possível antecipar que as chamadas doenças crônico-degenerativas, em especial as de maior prevalência (neoplasias, doenças cardiovasculares ou *diabetes mellitus,* por exemplo), deverão ter impacto crescente nessa população. E mesmo doenças tidas como características de outras faixas etárias poderão vir a ter maior expressão. Os custos do atendimento médico ao idoso são elevados e os riscos de complicações secundárias decorrentes de internações são maiores, o que também contribui, em última análise, para a elevação de custos. Caso não se atue decisivamente para modificar o quadro atual, mantendo-se as tendências de crescimento dos custos com os cuidados médicos e de aumento da parcela idosa da população, o custeio da assistência médica será inviável, independentemente dos mecanismos de financiamento adotados.

À medida que a população idosa aumenta, algumas facilidades adicionais de atendimento devem ser introduzidas para possibilitar a desejada autonomia do idoso. Nos centros de convivência, onde a valorização é basicamente dirigida à manutenção da saúde, deve se ter também uma série de programas de reabilitação. Na velhice, muitas pessoas podem se beneficiar dos serviços de fisioterapeutas e de equipamentos e aparelhos especializados. Tais esquemas podem se mostrar eficazes, por exemplo, para aqueles que padecem de osteoartrite nos quadris ou nos joelhos, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou qualquer das inúmeras condições físicas que apresentam melhora com apoio fisioterápico. Outros serviços simples, mas muito importantes, a serem implementados no tratamento dos idosos são os de quiropodia. Vários estudos apontam que muitas pessoas idosas não conseguem cortar as unhas dos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pés. A função de um quiropodista no atendimento a uma pessoa idosa consiste numa combinação de informação e tratamento com cuidados práticos. A informação pode se destinar, por exemplo, a prevenir um problema em fase inicial. Esses dois serviços, fisioterapia e quiropodia, têm como principal objetivo manter as pessoas tão ágeis e independentes quanto possível e por um período de tempo maior.

Conclusão

Finalizando, as recomendações podem ser resumidas da seguinte forma: as pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível se o apoio adequado lhes for proporcionado. Os idosos encontram-se potencialmente em risco, não apenas porque são velhos, mas porque são vulneráveis à incapacidade a partir de suas próprias mentes, seus corpos e seu meio físico-social. Portanto, esse apoio adequado é necessário tanto para os idosos quanto para os que deles cuidam.

Dentre as instituições públicas, a universidade é aquela mais equipada para responder a essa necessidade. A estruturação de microuniversidade temática voltada à terceira idade pode ser o ponto de partida. Nela, os idosos podem ter assistência médica, jurídica, social, receber ensino em vários campos do saber e desenvolver atividades culturais, por meio de pesquisa, em várias áreas do conhecimento, formar profissionais de alta qualificação e alavancar a produção de conhecimento sobre a terceira idade. Unidades que englobam o tripé assistência, ensino e pesquisa voltado especificamente para o idoso inexistem em no Brasil (a UnATI, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) é, nos dias atuais, a honrosa exceção a essa afirmação).

Com o crescimento da população idosa, torna-se necessário, agora mais do que nunca, que o conjunto da sociedade tome consciência dessa série de problemas e que as autoridades competentes, de maneira justa e democrática, encontrem caminhos que levem à qualidade e à eqüidade na distribuição dos serviços para esse grupo populacional.

Bibliografia

1. Alves MI. Evolução da mortalidade da população idosa no município do Rio de Janeiro, 1997. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1997.
2. Assis M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: Caldas CP (org.). A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Eduerj; 1998.
3. Banco Mundial. Brazil adult health: adjusting to new challenges. Report n 7807-Br; 1989.
4. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
5. Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. São Paulo: T.A. Queiroz, EDUSP; 1997.
6. Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília; 2002.
7. Caldas CP. Educação para a saúde: a importância do autocuidado. In: Veras RP (org.). Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: UnATI/Uerj, Relume Dumará; 1999.
8. Camarano AA (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro; 1999.
9. Foster D, Klinger-Vartabedian L, Wispe L. Male longevity and ages differences between spouses. J Gerontol; 1984; 39(1): 117.
10. Haddad EGM. A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez; 1986.
11. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000/IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro; 2002.
12. Lima MA. A gestão da experiência de envelhecer em um Programa da Terceira Idade: A UnATI/UERF. Textos sobre o Envelhecimento. v. 2, n. 2. Rio de Janeiro: UnATI/Uerj; 1999.
13. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: em debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva; 2000; 5:7.
14. NESPE/FIOCRUZ/UFMG. Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil. Disponível em www.unati.uerj.br/destaque/Madri.doc. Acessado em julho de 2002
15. Organização Mundial de Saúde (OMS). Grupo de Doenças Não-transmissíveis e Saúde Mental . Promoção da Saúde. Departamento de Prevenção de Doenças Não-transmissíveis e Promoção da Saúde. Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. Disponível em http://www.unati.uerj.br/destaque/Madri.doc Acessado em dezembro de 2001.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). Uses of epidemiology in aging. Report of a cientific group. Technical Report series 706. World Health Organization; 1984.
17. Organização das Nações Unidas (ONU). Demographic Yearbook 1991, special issue; population ageing and situation of elderly persons. Statistical Office of United Nations. Department of International Economical Affairs; 1991.
18. Organização das Nações Unidas (ONU). Department of International Economic and Social Affairs. Periodical on Aging; 1985; 1 (1).
19. Organização das Nações Unidas (ONU). Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento. In: Asemblea Mundial sobre el envejecimiento 2. Madri, Espanha; 2002.
20. Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de Saaúde Pública. Gerontologia; 1993; 1: 3.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

21. Ramos LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontol; 1993: 8: 313.
22. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública São Paulo; 1987; 21: 221.
23. Rosenfeld S. Reações adversas aos medicamentos na terceira idade; as quedas em mulheres com iatrogenia farmacoterapêutica. Tese de doutorado. Instituto de medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
24. Rubenstein LZ. Na overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic components. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Barnabei R (eds.). Geriaric assessment technology: the state of the art. Milão: Kurtis; 1995. p. 1.
25. Serrano MM. Promoção da saúde: um novo paradigma? Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Anais do Congresso. Curitiba; 2002.
26. Silvestre J, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. Arq Geriatr Gerontol; 1996; 1: 81.
27. Teixeira C. O futuro da prevenção. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2001.
28. Veras RP. A era dos idosos: os novos desafios. In: Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil. Ouro Preto; 2002.
29. Veras RP. A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brazil. Tese de doutorado. Divisão de Psiquiatria. United Medical and Dental Schools, Guy's Hospital. Universidade de Londres. Londres; 1992.
30. Veras RP. Diseño de investigaciones epidemiológicas in Ia atención de los ancianos: un desafio para los años noventa. Organización Panamericana de Ia Salud, Publicación Científica 546; 1994; 43.
31. Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Rev Univ São Paulo; 2001; 51: 72.
32. Veras RP. País jovem de cabelos brancos. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.
33. Veras RP. Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará;1999.
34. Veras RP, Alves MIC. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec Editores; 1994.
35. Veras RP, Camargo Jr KR. A terceira idade como questão emergente: aspectos demográficos e sociais. In: Veras RP (org.). Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
36. Veras RP, Coutinho E. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos em três distritos da cidade do Rio de Janeiro. Revista de Saúde Pública; 1991; 25 (3): 209 17.
37. Veras RP, Dutra S. Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social; 1993; 3 (1): 107 126.
38. Veras RP, Murphy E. The aging of the third world: tackling the problems of community surveys — Part I: Brazil a young country grows old. International Journal of Geriatric Psychiatry 1991; 6 (9): 619 627.
39. Veras RP, Murphy E. The aging of the third world: tackling the problems of community surveys — Part II: Brazil a young country grows old. International Journal of Geriatric Psychiatry; 1991; 6 (9): 629 637.
40. Veras RP, Ramos, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev Saúde Publ São Paulo; 1987; 21; 25.
41. Veras RP, Sobral B, Dutra S, Nogueira J. Políticas de atenção à terceira idade. n. 92. Série Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; 1994.
42. Veras RP, Sobral B, Luz M, Sayeg M. Novos fatos e alguns pontos de vista sobre a terceira idade. História, Ciência, Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; 1995; 2: 135.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

53 Serviços de Atenção à Saúde do Idoso

Francisco Carlos de Brito
Luiz Roberto Ramos

Introdução

O crescimento acentuado da população idosa, que vem ocorrendo particularmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, tem promovido mudanças marcantes no perfil demográfico desses países. Tal crescimento é decorrente da queda expressiva das taxas de mortalidade e da drástica redução das taxas de fecundidade verificadas nos últimos 20 anos, principalmente em centros urbanos. Estima-se que, atualmente, a população de 60 anos e mais, no Brasil, esteja próxima de dez milhões de habitantes — entre as dez maiores populações de idosos do mundo. As projeções demográficas para o ano 2025 indicam uma população com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando quase 15% da população total.

O envelhecimento populacional traz um número enorme de implicações de ordem econômica, política e social. Em alguns setores, como é o caso da saúde, as conseqüências deste fenômeno se fazem sentir de forma rápida e objetiva. O crescimento do segmento populacional dos idosos cria uma demanda crescente por serviços médicos e sociais, sendo essencial, para um país com as limitações financeiras do Brasil, encontrar alternativas à tendência universal de institucionalização de longo prazo dos idosos.

Um marco histórico no panorama da saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que, contando com a participação de amplos segmentos da sociedade civil organizada, além de profissionais da área de saúde, possibilitou uma reflexão profunda sobre a política sanitária até então vigente. O grande avanço conquistado foi estender a cobertura da assistência médica a toda a população brasileira, havendo consenso quanto à necessidade de criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, sob o controle de um só ministério e tendo como premissa que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. As mudanças constitucionais de 1988 só fizeram reforçar tal perspectiva, consolidando uma política de assistência global, pela primeira vez contemplando os idosos. A operacionalização do SUS, no entanto, permanece incipiente em muitas regiões do país.

Em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei 8.842, que, pela primeira vez na história jurídico-constitucional do país, estabeleceu uma Política Nacional do Idoso e criou os Conselhos Nacional, Estadual, do Distrito Federal e dos Municipais do Idoso, com a missão de zelar pelo cumprimento e pela garantia de que todos os idosos têm de ter os seus direitos atendidos, que estão definidos nessa lei. Dentre outros, a saber: a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar todos os direitos de cidadania; o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral; o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza e; prevenir, promover, proteger e, recuperar a saúde dos idosos, mediante programas e medidas profiláticas, além de garantir as necessidades de saúde mais imediatas dentro do sistema público de saúde.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No ano de 2003, em 1º de outubro, foi sancionada a Lei federal 10.741 que criou o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A criação do Estatuto do Idoso constitui um marco constitucional histórico pelo envolvimento de todas as esferas administrativas e governamentais, que passaram a responsáveis pelas ações que têm de ser garantidas a toda a população de idosos do país. Tanto a proteção à saúde, como as políticas alimentar, de transporte, de lazer, previdenciária, de assistência social, de habitação, da proteção judicial, da fiscalização das moradias e todas as garantias ao pleno direito à liberdade, ao respeito e a dignidade da pessoa idosa encontram-se contempladas no Estatuto do Idoso. O desafio da sociedade brasileira é garantir a digna atenção aos seus cidadãos que vão envelhecendo.

O idoso, no entanto, ainda é visto como um ser improdutivo e dependente, portador de doenças crônicas, que ainda não faz parte da agenda política — até o momento, lotada com ações voltadas ao atendimento materno e infantil. Não se nota um empenho maior em adequar os equipamentos de saúde pública a essa nova realidade epidemiológica, na qual as doenças de maior prevalência e, as principais causas de morte, são as doenças cardiovasculares, afetando especialmente pessoas idosas.

Os idosos, de fato, têm necessidades médicas e sociais diferenciadas e tendem a utilizar de forma mais intensiva os serviços e equipamentos de saúde. Levando-se em conta que a grande maioria vive em condições de extrema pobreza, o setor público da saúde surge como a única alternativa de assistência viável.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Incapacidade: Seus Objetivos

Os objetivos básicos que devem fundamentar as ações de saúde para os idosos são os de procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias. Para tanto, há de se oferecer alternativas que atendam às diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos idosos, dentro de modelos assistenciais que tenham como base a atenção primária à saúde, valorizando a promoção de saúde e a prevenção de doenças e de incapacidades que acometem essas pessoas.

Por promoção de saúde deve se entender ações que visem a mudanças no estilo de vida e que acarretem uma diminuição do risco de adoecer e morrer. Os idosos têm de ser tratados em toda a sua complexidade social, pois muitos dos problemas que influenciam a saúde e a qualidade de vida desse segmento populacional estão diretamente ligados à situação econômica do país. O conhecimento integrado dos aspectos clínicos e funcionais, bem como as necessidades médico sociais, deverá orientar as condutas de curto, médio e longo prazo em cada caso.

Atenção Médico-social

Na estruturação de uma rede de atenção médico-social a uma população idosa convém dividir, para maior compreensão, as possíveis intervenções médicas e sociais em programas e serviços. Os programas são dirigidos a toda a comunidade, enquanto os serviços são dirigidos ao indivíduo e à família. Dentre os programas temos, por exemplo, a promoção da saúde na velhice, cujos fundamentos estão compreendidos nos princípios da saúde para todos da Organização Mundial de Saúde, que é de agregar vida aos anos, e não agregar anos à vida. Trata-se de um programa multifacetado que engloba outros, como autocuidado, integração social, atividade física, controle de hábitos nocivos à saúde, utilização do tempo livre.

Outro programa importante é o de prevenção de incapacidades, uma vez que o termo saúde na velhice está intrinsecamente ligado à autonomia, ou seja, à capacidade que tem um idoso de executar com independência e autodeterminação as suas atividades da vida diária. Os idosos que vivem solitários ou apresentam incapacidades diversas poderiam se beneficiar de um programa público de alimentação e nutrição, no qual uma dieta balanceada de baixo custo seria oferecida à população idosa. Os programas de informação e comunicação social para os velhos e suas famílias ofereceriam as diferentes opções de cuidados e serviços disponíveis, bem como sua maneira de utilização. Há de se salientar a importância, finalmente, de programas de educação para a aposentadoria, de grande necessidade e pouca divulgação na nossa sociedade.

Com referência aos serviços de saúde, o conceito básico que fundamenta sua estruturação é o de que ele deverá ajudar o idoso a viver em sua casa, em sua comunidade, desfrutando boa qualidade de vida.

Idealmente, este sistema de serviços deverá incluir serviços que atendam: ao idoso são e independente; àqueles indivíduos que experimentam limitações e ao que necessitam de apoio constante, porém não necessariamente numa instituição; e àqueles que por

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

razões médicas ou sociais não podem mais viver na comunidade e têm de ser institucionalizados.

Os serviços poderão ser divididos em serviços de saúde e sociais, podendo ser aplicados a ambos os níveis de complexidade crescente. De acordo com Tapia-Videla[34], na prática, esses serviços têm graus relativos de desenvolvimento e complexidade institucionais. Sob esse aspecto, pode se dividi los em etapa primária, etapa de institucionalização incipiente, etapa de institucionalização intermediária e etapa de institucionalização máxima.

A etapa primária é caracterizada por:

- dependência de ajuda familiar e mecanismos de apoio mútuo e alguns mecanismos voluntários;
- existência de algumas instituições públicas ou privadas que oferecem auxílio ao idoso;
- falta de apoio financeiro ou logístico de parte do governo a instituições não-governamentais ou a ações comunitárias de ajuda aos idosos;
- ausência de programas de treinamento técnico e profissional;
- ausência de programas de ajuda local ou domiciliário.

A etapa de institucionalização incipiente é caracterizada por:

- organização de serviços sociais;
- ampliação da cobertura de programas de seguridade social e de saúde;
- regulamentação e supervisão de instituições públicas e privadas que oferecem ajuda ao idoso, particularmente casas de repouso e asilos;
- apoio logístico e financiamento a instituições não-governamentais ou a ações de ajuda aos velhos;
- treinamento profissional de práticas geriátricas;
- programas piloto de atendimento domiciliário.

A etapa de institucionalização intermediária é caracterizada por:

- organização de serviços médicos e de saúde especializados, como, por exemplo, unidades básicas com atenção ao idoso e hospitais com atenção geriátrica;
- ampliação do número de cobertura dos programas de seguridade social e promoção de esforços para assegurar acessibilidade aos serviços com qualidade;
- regulamentação e supervisão técnica de instituições públicas e privadas que oferecem serviços ao idoso;
- financiamento e apoio logístico a instituições não-governamentais ou a programas de ajuda em áreas como habitação, nutrição, educação, recreação e escolas da terceira idade;
- desenvolvimento e apoio institucional a programas de treinamento profissional e técnico com ênfase nos aspectos geriátricos e gerontológicos;
- desenvolvimento de organizações de fomento a representantes dos interesses dos grupos de idade avançada;
- desenvolvimento substancial de programas de apoio e assistência domiciliária, incluindo os serviços domésticos de ajuda alimentar ou transporte.

A etapa de institucionalização máxima é caracterizada por:

- número diversificado de instituições especializadas, incluindo centros de atenção dia, hospitais-dia, centros comunitários, casas de repouso e escolas da terceira idade;
- ampliação contínua do número, do tipo e da cobertura de programas de serviços sob controle dos sistemas previdenciário e de saúde;
- participação em programas regionais, municipais, nacionais e internacionais de regulamentação, supervisão técnica de instituições e programas públicos e privados que oferecem serviços à população idosa;
- desenvolvimento das organizações de representação dos idosos;
- centros regionais de investigação, educação e serviços comunitários em gerontologia e geriatria;
- desenvolvimento de núcleos integrados de serviços domiciliários, coordenados com subsistemas de serviços de saúde, de previdência e outros.

Dentro dos serviços sociais, os subsídios econômicos são de grande importância para todos os velhos. Eles devem incluir todas as formas possíveis que favoreçam a solução das necessidades básicas desse segmento populacional. As pensões e aposentadorias deveriam permitir que os cidadãos idosos pudessem viver com dignidade os seus últimos anos. Segundo um estudo do Banco Mundial, em meados da década de 1980, 9% da população brasileira (55 anos e mais) recebeu 44% das verbas sociais (pensões e atenção de saúde) pagas pelo Estado, enquanto 36% (menores de 15 anos) receberam somente 28%. No entanto, os mais necessitados foram beneficiados com uma parte muito inferior desses benefícios. A população

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

com rendimentos abaixo de meio salário mínimo (41%) recebeu 20%, enquanto as pessoas que recebiam mais que dois salários mínimos (16%) receberam 34%. Os benefícios sociais *per capita* para o segmento mais pobre da população foram de pouco mais de 100 dólares, ao contrário dos mais ricos, que receberam 800 dólares. De acordo com Kalache[22], surge um óbvio problema de desigualdade, já que uma minoria de indivíduos adultos constitui o grupo de beneficiários principais dos programas do setor público, com a população idosa mais rica recebendo a maior parte das prestações.

Serviços Sociais

Subsídio Econômico e Ajuda Domiciliária

Uma das formas de serviços sociais aos velhos é a ajuda domiciliária, talvez uma das mais importantes dos pontos de vista econômico e social. Nesse tipo de serviço está incluída assistência nas tarefas domésticas, como a limpeza da casa, a compra de alimentos e a ajuda na preparação dos mesmos, a lavagem da roupa e o auxílio nas necessidades de saúde — ida a médicos ou compra de medicamentos, quando necessário.

Os idosos beneficiários desses serviços seriam os que vivem sós, apresentam alguma incapacidade ou precisam permanecer sozinhos por necessidade de trabalho de seus familiares. Existem experiências em diferentes países contando com a ajuda de grupos de voluntários que, por intermédio da comunidade organizada e de organizações não governamentais, oferecem apoio seja na execução de atividades laborativas ou como de companhia nas casas das pessoas idosas. É muito importante, no entanto, que esses grupos de voluntários recebam a mínima formação, com acesso a reuniões periódicas com equipes multidisciplinares, nas quais sejam oferecidas as informações básicas e imprescindíveis na atenção aos pacientes idosos e frágeis com diversos graus de dependências. De acordo com Anzola-Perez[1], no Uruguai se considera que os serviços de ajuda domiciliária são 16 vezes mais econômicos comparados aos institucionais. Em Cuba, em 1991, 10.720 idosos que moravam sós, recebiam assistência domiciliária, sendo que, no caso de 6.363 delas, a finalidade era alimentação, para 2.750, lavagem de roupas, e para 1.607, limpeza da casa.

Pode-se afirmar que esse tipo de serviço constitui um dos pilares básicos de qualquer rede de atenção social, sendo ainda mais importante que se requisite outros idosos em melhores condições de saúde para tais tarefas, propiciando condições de comunicação e melhor compreensão dos problemas existentes entre esses indivíduos. Na Inglaterra existe o *Home Help* ou Auxílio Domiciliário, prestado por funcionários dos sistema de saúde aos indivíduos idosos que perderam a capacidade de executar as atividades instrumentais da vida diária, como fazer compras, cozinhar e lavar as roupas. Esse serviço é essencial ao país para a manutenção dos pacientes idosos, sozinhos e incapacitados em seus domicílios.

A criação de moradias e refeitórios nos quais os indivíduos idosos, independentes quanto a suas atividades diárias e que morem sozinhos possam receber alimentação, habitação e cuidados, é outra alternativa de serviço social, uma vez que aqueles idosos que possuem algum rendimento (aposentadoria) podem pagar pelos serviços recebidos. A implantação de refeitórios objetiva, por meio de um programa nutricional, oferecer a cada idoso, sobretudo no grupo de alto risco, a possibilidade de receber alimentação adequada, de baixo custo e de acordo com suas necessidades. Em Cuba, em 1991, existiam refeitórios nos locais de trabalho, onde os idosos recebiam alimentação e também podiam levavam para casa. Na Inglaterra, existe o sistema de refeições a domicílio (*Meals on Wheeis*), assim como refeitórios públicos para os indivíduos idosos.

Outra forma de serviço social passível de implantação são as famílias substitutas, que cuidam dos velhos que moram sozinhos e são remuneradas por órgãos não-governamentais, como acontece no Uruguai e na Venezuela.

Casa de Repouso e Asilo

As casas de repouso e os asilos constituem alternativas de cuidados para aquelas pessoas idosas mais frágeis e muito dependentes na execução das tarefas básicas da vida diária e que, por várias razões de ordem médico-sociais, não podem ser mantidas nas suas residências. Esses estabelecimentos, em grande número fundados por ordens religiosas ou de iniciativa filantrópica, são a modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora de sua família. No entanto, na maioria dos casos, têm o inconveniente de levar os idosos ao isolamento e à inatividade física em decorrência de manejo técnico inadequado e dos altos custos dos serviços de apoio. Constituem, por isso, a última alternativa considerada entre os serviços sociais a serem oferecidos na atenção à população ido-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sa. Há que se ressaltar a importância de realizar uma avaliação médico-social rigorosa desses pacientes antes de encaminhá-los às instituições. Em geral, os asilos recebem pacientes incapacitados com diferentes enfermidades e aqueles que vivem sozinhos, cujos familiares não podem garantir os cuidados necessários no interior das famílias. Nos países desenvolvidos, estima-se que cerca de 5% das pessoas acima de 65 anos estão institucionalizadas, número este que aumenta entre idosos mais velhos.

É necessário enfatizar que nos últimos anos a oferta desse serviço tem aumentado no Brasil. Chamadas casas de repouso, essas instituições têm fins exclusivamente lucrativos e, em maioria, não apresentam os requisitos mínimos para funcionar. Esse tipo privado de assistência cobra preços exorbitantes das famílias dos idosos, exercendo uma atividade francamente especulativa. Em uma pesquisa muito bem conduzida em La Plata, capital da Província de Buenos Aires, na Argentina, em 1990 foram avaliadas as condições gerais de 62 casas de repouso, nas quais moravam 1.158 idosos. Demonstrou-se que cerca de 80% dos referidos estabelecimentos não alcançaram os pontos mínimos para um funcionamento adequado, 10% estavam em condições intermediárias, 7% eram adequados e 3% não apresentavam condições básicas de segurança para o idoso.

Centro dia

Outra alternativa de serviço social a ser oferecida à população anciã é o trabalho desenvolvido nos centros de atenção diurna, ou centros dia.

Criados para os idosos que não apresentam incapacidades severas, esses centros garantem apoio sustentado às famílias, já que assumem os cuidados com o idoso por oito a dez horas diárias. As atividades neles desenvolvidas procuram, por meio do desenvolvimento de relações interpessoais entre os próprios idosos, realizar atividades sociais envolvendo jogos, terapia ocupacional, práticas esportivas, passeios e alimentação. As atividades de um centro dia, além de se constituírem em um poderoso veículo de estímulo e socialização do idoso, utilizam pouco pessoal e têm baixo custo de operação, além de aliviarem a enorme sobrecarga emocional dos familiares. Experiências em cidades como Singapura e Beer Sheva, em 1983 e 1987, confirmam a importância dos centros dia como recurso máximo para controlar e evitar que idosos solitários e deprimidos se tornem dependentes da comunidade.

Grupos Comunitários

Outra forma de serviço a ser desenvolvida, esta pela capacidade de resolução dos próprios idosos, são os grupos comunitários de idosos que, com a realização de atividades recreativas e culturais, muitas delas intergeracionais, procuram manter-se ativos e saudáveis. Esses grupos se reúnem em locais próprios da comunidade, como igrejas, ou utilizam as casas dos próprios velhos. Este, porém, de caráter menos formal, já que se desenvolve na comunidade, sem necessidade de um lugar específico. O objetivo pretendido é a participação espontânea e ativa nas atividades de promoção e prevenção da saúde física e mental, que integram diversas formas de atividades físicas, culturais e recreativas, como natação, ioga, excursões, bailes, artes plásticas, jogos teatrais e outras. Obtém-se com isso auto-suficiência dos integrantes, individualmente, e do grupo.

Um exemplo desenvolvido em Cuba serve para elucidar a importância da participação da comunidade na execução desses serviços: o círculo dos avós, que criado em meados da década de 1980. Um grupo de velhos cobrou das autoridades locais de saúde o desejo de ter uma vida mais ativa e pediu a orientação de um professor de ginástica. Um primeiro grupo começou a reunir-se regularmente no início do dia na praça local. Criou-se, então, uma possibilidade de socialização, que permitiu aos idosos se dedicarem a outras atividades, como festas comunitárias, artes dramáticas, excursões, discussões sobre temas de saúde e de alimentação. Foi possível, também, um relacionamento estreito com os agentes de saúde, visando à manutenção da autonomia de cada um. O município de Buenos Aires também promove e apóia a vida associativa de idosos que se reúnem espontaneamente em tomo das 40 praças e parques da cidade, organizando viagens e encontros culturais. Paralelamente, é prestada assessoria institucional às associações de grupos de idosos existentes, facilitando e promovendo a sua formação.

No Brasil, é bom ressaltar, existem iniciativas públicas desenvolvendo trabalhos de organização da comunidade através de secretarias da Cultura e da Saúde nos grandes centros urbanos. Na cidade de São Paulo, em vários bairros, grupos de idosos se reúnem periodicamente nas bibliotecas públicas participando de atividades sociais. No Rio de Janeiro foi criada a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), ligada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), que tem promovido uma série de ações de atenção à população idosa da cidade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A institucionalização, como já foi dito, deve ser considerada somente quando fracassarem todos os esforços anteriormente descritos. Em qualquer sociedade, mesmo nos países mais ricos, como a Suíça, o Japão e a Escandinávia, a maioria da população idosa, mais de 90%, vive na comunidade. A estruturação dos cuidados, portanto, deve se basear em dois pontos fundamentais, que são a família e a atenção primária à saúde desenvolvida na unidade básica de saúde, que é o local privilegiado para o atendimento ao idoso. A família é a essência da atenção informal a esses indivíduos, tanto que o governo britânico reconhece que a maior parte dos cuidados comunitários é desenvolvida por esses cuidadores informais, além dos amigos e dos vizinhos. Estima-se que, nos países com cobertura integral de saúde, a família seja responsável por 75% a 85% dos cuidados que os idosos recebem.

Serviços de Saúde

Na atenção de saúde aos idosos, o objetivo fundamental, como já foi referido, é evitar a incapacidade e a dependência nas atividades no dia-a-dia — portanto, procurar as condições e enfermidades responsáveis pela perda da autonomia. Tais serviços de saúde deverão, à semelhança dos serviços sociais, se organizar em redes de atenção médica e odontológica por níveis de complexidade crescente, incluindo a atenção primária à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS), o atendimento geriátrico ambulatorial, o atendimento domiciliário, o hospital dia geriátrico e a internação hospitalar com cuidados terciários especializados.

Dentro de um projeto de atenção à saúde do idoso, a UBS é de importância fundamental, pois a ela compete ser a porta de entrada do atendimento à população e estar em condições de prestar a ela um atendimento que resolva a maioria dos problemas.

A UBS deverá garantir o acesso ao atendimento, aumentando sua cobertura e diminuindo, assim, a demanda reprimida. A Europa pode dar nos uma lição de que a chave da atenção adequada aos indivíduos anciãos está no desenvolvimento da atenção primária à saúde. Como a maioria da população anciã vive na comunidade, quase todos os problemas poderão ser resolvidos no âmbito da atenção primária à saúde. O serviço de saúde deverá se organizar para, após efetuar um primeiro atendimento ao paciente idoso, assumi-lo em todas as suas necessidades. A equipe de saúde de uma UBS deverá trabalhar dentro de um novo conceito de prática gerontológica, denominado atenção progressiva, que promove a união de serviços médicos e sociais com base em uma avaliação multidimensional, destinada a determinar os vários graus de intervenção de que cada paciente precisará. Tal atenção progressiva compreende avaliação clínica e social que se complementa com atividades da vida diária, diagnóstico familiar e do estado de saúde mental.

Esse método tem favorecido a melhor integração dos serviços sociais e de saúde na atenção ao idoso em países como Cuba, Argentina, Costa Rica e Peru, pois permite uma série de vantagens. Estas se manifestam em diferentes aspectos, como diagnósticos mais exatos, melhora do estado funcional do idoso, melhora do ânimo e da memória, redução do consumo de medicamentos, aumento da utilização de serviços de saúde comunitários, diminuição da demanda de hospitalização, redução dos custos médicos, diminuição da demanda de institucionalização e prolongamento da longevidade.

A UBS, contando com equipe interprofissional capacitada em gerontologia, será então capaz de realizar um diagnóstico integral que inclua avaliação psicossocial, médica e funcional. Somente essa prática de natureza integral permitirá oferecer à pessoa idosa o correto encaminhamento e a satisfação de suas necessidades de saúde. Diversos profissionais, como médico clínico ou geriatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador, terapeuta ocupacional, nutricionista e outros, farão atendimentos individuais para avaliar cada caso ou, então, atuarão de maneira conjunta no atendimento em grupo. Esses grupos serão organizados de acordo com a disponibilidade das equipes existentes e com bom senso e criatividade. São exemplos de grupos os de educação e saúde, de discussão de doenças, de relaxamento e, até mesmo, grupos de lazer e convivência.

As atividades em grupo a serem desenvolvidas nas UBS são de fundamental importância para se reverter a falta de perspectiva de vida que acompanha muitas pessoas de idade avançada. Há de se ressaltar que a UBS serve de espaço para os idosos e outros usuários se reunirem nos grupos de lazer e convivência, caso não exista equipamento público para tais fins, como centros de convivência.

Nos locais que disponham de tais centros de convivência, é necessário que os profissionais das UBS próximas busquem a integração com os profissionais dos centros para encaminhar os idosos. A atividade em grupo, além de contribuir para a diminuição da demanda por consultas médicas, é fator decisivo na

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

adesão ao tratamento com o médico e demais profissionais. Observações realizadas na cidade de São Paulo, no Hospital do Servidor Público Municipal, mostraram que, após um ano, o absenteísmo no retorno às consultas médicas era de 70% entre idosos que não freqüentavam os grupos e de 30% entre aqueles que desenvolveram atividades grupais.

Além das atividades referidas, as UBS deverão oferecer atendimento fisioterápico como parte do processo de reabilitação global, visto que esse é um aspecto fundamental no seguimento das pessoas idosas — considerando-se o objetivo de procurar reintegrar o idoso ao meio em que vive com maior autonomia possível.

Outro aspecto de relevância é a necessidade de providenciar nas UBS atendimento de saúde bucal como um dos serviços de saúde importantes na manutenção do bem-estar do indivíduo idoso. O odontólogo também participa da equipe multidisciplinar e dentro da concepção de atenção progressiva ao idoso.

Como já foi anteriormente mencionado, o objetivo fundamental de um sistema de serviços à saúde do idoso é procurar de todas as maneiras consideráveis mantê-lo na comunidade e no seio de sua família o maior tempo possível. Por isso, as visitas e o atendimento domiciliário são fundamentais e cabe às UBS, por intermédio dos profissionais nela lotados, realizar atividades fora de sua área física.

As visitas domiciliárias têm o objetivo de verificar *in loco* as condições de vida e moradia do indivíduo idoso, para poder oferecer não só orientações sobre prevenção de quedas e de outros acidentes, como também garantir a nutrição adequada e a utilização das facilidades dos serviços disponíveis na comunidade. A partir dessas visitas sistemáticas é possível reunir informações sobre a necessidade dos indivíduos idosos, possibilitando assim um planejamento adequado dos serviços sociais comunitários. Os atendimentos domiciliários possibilitam o cuidado com o idoso incapaz de se locomover até as UBS devido a seu elevado grau de dependência — idosos acamados, por exemplo. Faz-se consultas, curativos e outros atendimentos necessários.

As categorias de pacientes que precisam de atendimento domiciliário prioritário, de acordo com Galinski[15], são:

- os que requerem reabilitação por terem sofrido um acidente vascular cerebral, fraturas ou amputações;
- os que apresentam quadros clínicos complicados que obrigam a hospitalização freqüente, como insuficiência cardíaca, *diabetes mellitus* e uso incorreto de medicamentos;
- os que necessitam basicamente de serviços de enfermagem, como os portadores de demências, que desenvolvem com freqüência úlceras de pressão ou escaras e contraturas irreversíveis;
- os enfermos terminais, especialmente os casos de câncer, quando o tratamento indicado é somente de suporte clínico domiciliário.

Se houver integração da UBS com a rede hospitalar, o atendimento domiciliário poderá contribuir para altas hospitalares mais precoces, diminuindo o tempo de permanência do paciente no hospital e oferecendo suporte aos familiares ou cuidadores, que se sentirão seguros para receber o paciente em casa e iniciar prontamente os cuidados necessários. A composição de uma equipe de atendimento domiciliário deverá ser definida em cada unidade básica de saúde em função da especialidade de cada caso.

Há de se ressaltar a importância de a UBS se integrar com a comunidade a partir do contato com os familiares dos idosos, os acompanhantes, os cuidadores e as entidades e instituições de sua área de abrangência que estejam desenvolvendo ações com idosos. Através de planejamento conjunto e atuação integrada, os recursos existentes em cada região podem ser utilizados em sua plena capacidade.

Deve fazer parte das funções das UBS, sob coordenação e assessoria dos distritos de saúde locais, executar o serviço de vigilância sanitária das clínicas de repouso e asilos, que, em maioria, como já foi discutido, oferecem condições subumanas às pessoas internadas. Deve ser enfatizado que a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) do Ministério da Saúde estabeleceu em 1989 um conjunto de normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento aos idosos. Não cabem, portanto, quaisquer alegações sobre desconhecimento de tais normas.

Devemos ressaltar, ainda, que a UBS deverá estar atenta aos problemas dos idosos atendidos em sua área de abrangência, uma vez que a definição de ações programadas dependerá da obtenção de dados de boa qualidade e do diagnóstico preciso da situação em que vivem os idosos. Será fundamental, portanto, o levantamento dos dados epidemiológicos de morbimortalidade e de incapacidade e a realização de pesquisas multidimensionais da população para que se estabeleçam indicadores básicos de saúde e seja emitido um diagnóstico baseado na comunidade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Serviços Hospitalares

Em todo o Brasil, os dados de internação e ocupação dos leitos hospitalares mostram que os idosos fazem uso dos recursos oferecidos pela rede hospitalar em uma proporção relativamente maior se comparados com outros grupos etários. Em termos de cuidados hospitalares, um levantamento desenvolvido em 1986 por Ramos[27] a partir de uma pequena amostra de hospitais em São Paulo mostrou que as pessoas idosas, nos hospitais gerais, chegam a ocupar 20% do total de leitos e que o tempo médio em que permanecem internadas é quase duas vezes maior que a média para o total da população, apesar de todas as restrições impostas pelo Sistema Nacional de Saúde às internações de longo prazo. Resultados semelhantes foram encontrados por Brito e Papaléo Netto[5] em uma pesquisa que avaliou todas as internações em um hospital público municipal da cidade de São Paulo, no qual 15,5% dos idosos internados de maio a junho de 1989 permaneceram internados, em média, o dobro do número de dias que os mais jovens.

É sabido que nem todos os idosos vão precisar de internação, sobretudo se a rede básica e os cuidados familiares e comunitários forem organizados. Mas deve ficar claro que, quando as suas condições de saúde necessitarem, esses idosos tenham direito à assistência hospitalar adequada, garantindo se os princípios do SUS de universalidade do acesso.

A partir de 1960, iniciou se na Grã-Bretanha um processo de hierarquização de atenção geriátrica, tendo sido criadas unidades de avaliação e reabilitação dentro dos hospitais gerais e em importantes centros universitários. Igualmente, começaram a surgir os hospitais dia e as consultas psicogeriátricas. O surgimento da medicina geriátrica como especialidade na Inglaterra, na década de 1940, foi uma resposta clara ao abandono sofrido pelos velhos nas enfermarias gerais. Os serviços hospitalares para os idosos devem ser integrados a um hospital geral, com acesso garantido aos serviços de emergência e às unidades de internação. Uma das vantagens dessa proposta é a proximidade e a relação direta possível com outras unidades que também atendem a um grande número de pacientes idosos, como a ortopedia ou a neurologia, entre outras.

De acordo com Isaacs[20], os motivos de admissão de um paciente idoso em um serviço geriátrico podem ser divididos em quatro grupos:

- emergência médica, quando devida a uma condição aguda, advertindo se que o paciente precisará de um seguimento integral posterior à alta hospitalar;
- otimização terapêutica, quando se considera que, no prazo máximo de três meses, o paciente receberá alta hospitalar;
- tratamento básico de cuidados, quando a assistência comunitária não é adequada e piora o estado de saúde do paciente;
- alívio do estresse dos cuidadores.

Para a admissão de um paciente em uma unidade hospitalar, os casos a seguir são considerados.

- Enfermidades agudas que levam à perda da capacidade funcional, sendo exemplos as enfermidades infecciosas, como as pneumonias, erisipelas, septicemias, infeções urinárias. Em alguns idosos, essas doenças ocasionam perda temporária da capacidade funcional, que pode ser definitiva se não se iniciar imediatamente um trabalho de reabilitação paralelamente ao restante dos tratamentos.
- Investigação de estados demenciais, quando o quadro é de curta duração e existe a possibilidade de se reverter a sintomatologia.
- Quadros clínicos relacionados a intoxicações medicamentosas diversas.
- Idosos portadores de enfermidades que necessitam basicamente de reabilitação e estão acompanhados de outras condições clínicas, como acidentes vasculares cerebrais e fraturas do colo do fêmur.

Hospital dia

Os serviços hospitalares também devem ter como meta oferecer outras formas de cuidados menos custosos, constituindo a implantação de hospitais dia alternativa complementar da assistência hospitalar e de grande valia na atenção à saúde do idoso. De acordo com Farndale, citado por Brocklehurst[6], os hospitais dia foram criados em Moscou, na extinta União Soviética em 1932. Já Harris, também citado por Brocklehurst[6], coloca como data original o ano de 1942. O primeiro hospital dia em país de língua inglesa no mundo foi criado em Montreal, no Canadá, em 1948, como parte de um hospital-escola psiquiátrico, o Allem Memorial Institute. O primeiro hospital dia geriátrico especialmente construído para oferecer serviços dia para a população idosa foi inaugurado em Cowley Road, Oxford, na Inglaterra, em 1958, e planejado por Cosin[9].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em 1960, naquele país, o número de hospitais-dia já era dez e 15 anos mais tarde atingiu 150. Em 1986 havia cerca de 300 hospitais dia em funcionamento,. Atualmente, a maioria dos serviços geriátricos britânicos conta com tal modalidade de assistência. A estimativa recente é haver 486 hospitais dia no país. Há que se ressaltar que mais de dois terços foram abertos a partir de 1970.

Nos países onde a assistência médica, especialmente a geriátrica, está devidamente organizada, os hospitais dia surgiram e adquiriram importância capital por uma série de razões. Em primeiro lugar, eles representam o intuito de dissociar o aspecto de investigação e terapêutica da atenção hospitalar com respeito ao aspecto de hospedagem. Isso, freqüentemente, obriga a cuidar dos pacientes durante a noite e nos finais de semana, uma vez que não se faz investigação nem tratamento. Esta mudança é desejável sob o ponto de vista de muitos pacientes e resulta em contenção de despesas. O hospital dia também permite uma supervisão atenta e prolongada de enfermos crônicos que, se prescindissem, por exemplo, da atenção hospitalar, quase sem dúvida piorariam e teriam que internar se novamente.

Há relatos comprobatórios de que o hospital dia reduz os dias de internação e permite a alta hospitalar em menor tempo comparada à daqueles pacientes que foram internados. Em estudo realizado em 1969, Brocklehurst e Shergold[7] mencionam que, apesar da dificuldade de se demonstrar, o hospital dia poupa leitos para internação.

Pode-se definir o hospital dia geriátrico como local para tratamento médico, em especial de reabilitação e de manutenção do estado físico, além de investigação médica e cuidados de enfermagem e assistência social, conforme observa Farndale, citado por Brocklehurst[6]. Harris, citado por Brocklehurst[6], descreve o hospital dia como um lugar no qual os pacientes usam uma parte substancial do seu tempo sob um regime terapêutico e no final da tarde regressam às suas residências.

Essa modalidade de assistência médica deve ter a capacidade de prover serviços diagnósticos e tratamento àqueles pacientes que não têm indicação cirúrgica ou necessidade de internação, mesmo pelo curto período de 24 horas. Por outro lado, dando ênfase aos serviços de reabilitação e ao controle desses pacientes, deve estimular não só a participação dos membros da família como também de outros cuidadores.

Brocklehurst[6] comenta que a execução de procedimentos clínicos rotineiros (punção de medula óssea, necessidade de hemoterapia, vigilância e tratamento da incontinência fecal etc.) evita freqüentemente a internação, uma vez que estes procedimentos requerem um período variável de observação, não podendo ser realizados em um consultório comum.

Se não fossem estes fatos, por si só relevantes, o pesado investimento feito pelo Sistema Nacional de Saúde Britânico nessa modalidade de assistência à saúde do idoso viria ressaltar de maneira definitiva a importância desse modelo assistencial. Não resta dúvida de que uma retaguarda de tratamento como o hospital dia favorece a alta precoce de doentes internados e atua prevenindo internações desnecessárias, o que leva a supor que sua relação custo-benefício possa ser menor quando comparada com os a dos cuidados oferecidos aos pacientes internados.

Finalmente, é importante ressaltar e fazer a distinção entre os objetivos do centro dia e os do hospital dia para a população idosa. O centro dia é destinado basicamente a lidar com os aspectos sociais do envelhecimento, como socialização, passeios e laborterapia, não sendo, portanto, fundamental a atenção médica, pessoal e equipamentos especiais. Já o hospital dia necessita de uma equipe multidisciplinar e de equipes de apoio, sobretudo na área de reabilitação. Como já foi dito, o hospital dia está indicado para pacientes cujas condições clínicas requerem serviços hospitalares, mas que não precisam de atenção noturna, pois a família pode complementar os cuidados necessários.

Considerações Adicionais

No Brasil, as despesas com internações hospitalares já constituem enorme preocupação na saúde pública. Os custos com internação por doenças crônicas e incapacitantes, como câncer, *diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares na rede hospitalar conveniada do INSS chegaram a 135 milhões de dólares no ano de 1985, consumindo mais de um terço das despesas de todas as internações. Portanto, como diz Ramos, o desafio é grande e o tempo para propor soluções é curto, pois o sistema de saúde continua tendo como prioridade de ação o controle das doenças infecto-contagiosas e a assistência materno infantil. Existe a necessidade de novos modelos de assistência e de programas eficazes na tentativa de melhorar a relação custo-benefício da prevenção, do diagnóstico precoce e do tratamento das afecções crônicas.

As várias opções de serviços para atenção integral aos idosos comentadas aqui demonstram que existe

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

um número elevado de alternativas e a escolha de implantação dependerá das necessidades médicas e sociais dos anciãos, assim como da criatividade e da disponibilidade de recursos dos vários setores comunitários envolvidos.

O programa regional de saúde dos idosos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomenda com insistência a necessidade de serem criadas em cada país normas de atenção aos velhos, a partir de modelos centrados na família e na comunidade. A prioridade do enfoque de risco individual e coletivo, levando-se em consideração os ambientes ocupacional, habitacional e de lazer, deverá se constituir em uma prática que leve a ações de prevenção e promoção de saúde baseadas na participação efetiva da comunidade.

A OPAS recomenda que cada país procure, com todos os meios disponíveis, desenvolver programas e serviços não tradicionais de atenção ao idoso, visando a alcançar o bem estar integral dessa população no prazo de tempo mais curto e de melhor relação custo-beneficio. Enfatiza, ainda, a necessidade absoluta de regulamentação e vigilância permanente do funcionamento dos diferentes serviços de atenção ao idoso pelas autoridades públicas competentes, procurando evitar que a assistência a esses cidadãos velhos seja fonte inescrupulosa e desmedida de lucro para setores empresariais da comunidade, o que prejudica ainda mais o equacionamento da difícil problemática de atenção a essas pessoas.

Nunca antes, na história da humanidade, o envelhecimento havia sido um fenômeno mundial, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. O fracasso ou o triunfo de qualquer realização dependerá muito da vontade e da determinação em enfrentar com ânimo os problemas existentes. Deve-se compreender, como salienta San Martin[31], que o envelhecimento individual e coletivo não é uma rota a seguir e, sim, um caminho a ser construído.

Referências Bibliográficas

1. Anzola Perez E. Alternativas a la institucionalización de los ancianos en América Latina. Programa Promocióti de la Salud. OPAS Sinópse Informativa; 1991; 1/9 1.
2. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ et al. A randomized controled trial of geriatric assessment unit in a comunity reabilitation hospital. N Engl J Med; 1990; 322: 1572.
3. Brito FC, Litvoc J (eds.). Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
4. Brito FC. Estudo de alguns aspectos demográficos de uma coletividade de idosos para implantação de um hospital dia geriátrico. Tese de mestrado. São Paulo; 1992.
5. Brito FC, Papaléo Netto M. Número de internações, tempo de permanência e óbitos em hospital de comunidade fechada. XXI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte; 1994.
6. Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital in the United Kingdom. In: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM (eds.). Textbook of geriatric medicine and gerontology. 4 ed. Londres: Churchill Livingstone; 1992.
7. Brocklehurst JC, Shergold M. Old people leaving hospital. Geront Clin; 1969; 11: 115.
8. Colins ED. Atención del anciano en Cuba. Taller para analise de algunas experiencias de atención de los ancianos de America Latina. OPAS. Rosario; 1990.
9. Cosin LZ. The place of the day hospital in the geriatric unit. The Practitioner; 1954; 172: 552.
10. Diário Oficial da União. Lei 10741(Lei ordinária) de 10 de outubro de 2003. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. p.1.
11. Diário Oficial da União. Lei 8842 (Lei ordinária) de 05 de janeiro de 1994. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. p.77.
12. Donaldson C, Wright K, Maynard A. Determining value for money and day hospital care for the elderly. Age and ageing; 1986; 15: 17.
13. Epstein AM, Hall JA, Fretwell M et al. Consultative geriatric assessment for ambulatory pacients: a randomized trial in a health maintenance organization. J Am Med Ass; 1990; 263: 538.
14. Fisher R H, Nadom GH, Dawson P, Currie Milles C. A geriatric day hospital: the Sunny Brook experience. J Ass Med Canad; 1981; 125: 447.
15. Galinski D. Atención progressiva. In: La atención de los ancianos: un desafio para los anos noventa. OPAS Publicación Cientifica; 1994; 546.
16. Hamill CM. The day hospital concept. In: The day hospital. Organization and management. Nova York: Springer Publishing Company; 1981. p.1.
17. Hendriksen C, Lund F. Strungard E. Consequences of assesment and intervention among elderly people: three year randomized controlled trial. Br Med J; 1984; 289: 1522.
18. Hirschfeld MJ, Fleishman R. Nursing home care for the improving the health of older people: a world view. Oxford: Oxford University Press; 1990. p. 473.
19. Irvine RE. Geriatric day hospital: presents trends. Health trends;1980; 12: 68.
20. Isaacs B. Geriatric patients. Do their families care? Br Med; 1971; J 4: 282.
21. Jamieson A, Illsley R. Contrasting european policies for the care of the older people. Comission of the European Communities. Bruxelas; 1990.
22. Kalache A. Que repercursiones tienes el envejecimento de la población en el futuro previsible? In: La atención de los ancianos: un desafio para los años; noventa. OPAS Publicacion Cientifica; 1994; 546.
23. Kane KL. Introduction. In: Kane KL, Grimley Evans J, MacFayden D (eds.). Improving the health of older people: a world view. Oxford: Oxford University Press; 1990. p. 341.
24. Papaléo Netto M, Brito FC (eds.). Urgências em geriatria. São Paulo: Atheneu; 2001.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

25. Ramos LR et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde PubI; 1993; 27(2): 87.
26. Ramos LR et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross Cultural Gerontol; 1993; 8: 313.
27. Ramos LR, Goihman S. Geografical stratification by socio economic status: metodology from a household survey with elderly people in São Paulo, Brazil. Rev Saúde Publ; 1989; 23: 478.
28. Ramos LR, Saad R. Morbidade da população idosa. In: Fundação Seade. O idoso na Grande São Paulo. Coleção Realidade Paulista. São Paulo: Seade; 1990. p. 161.
29. Rubinstein LZ, Josephson E, Weland GD et al. Effectiveness of geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. N EngI J Med; 1984; 311: 1664.
30. Saad PM, Cavalcanti MH. Os idosos no contexto da saúde pública. In: Fundação Seade. O idoso na Grande São Paulo. Coleção Realidade Paulista. São Paulo: Seade; 1990. p. 181.
31. San Martin H. El processo demografico en las sociedades humanas y el envejecimento colectivo. In: San Martin H, Pastor V (eds.). Epidemiologia de la vejez. Madri: McGraw ltll; 1990. p. 85.
32. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa de atenção à saúde do idoso. COAS. São Paulo; 1991.
33. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Programa de assistência à saúde do idoso. São Paulo; 1988.
34. Tapia-Videla II. Understanding organization and environment: a comparative perspective. Publ Adm Rev; 1976; 36(6): 631.
35. Tulloch A, More V. A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. J R Coll Gen Pract; 1979; 29: 733.
36. Veras RP. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. Cad Saúde PubI Uerj; 1988; 4: 382.
37. Woodford WE, Makeon JA, Trotter IS. The day hospital in the comunity care of the elderly. Gerontol Clin; 1962; 5: 241.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

54 Serviço de Assistência Domiciliária Objetivos, Organização e Resultados

Luiz Eugênio Garcez Leme
Mirtes Helena Mangueira da Silva Dias

Introdução

O Serviço de Assistência Domiciliária teve origem em 1947 nos Estados Unidos, no Memorial Hospital de Nova Iorque. Esse tipo de atenção à saúde surgia na ocasião como alternativa para os elevados custos das internações hospitalares. Em 1951, no Hospital Tenon de Paris, na França, tinha início o programa *Hospitalisation a Domicilie*. Estes e outros serviços similares foram criados por iniciativa gerada nos próprios hospitais e em virtude das pressões dos governos e dos seguros de saúde, evidentemente com intenção precípua de redução dos gastos com assistência prestada aos doentes. Atualmente o gasto com serviços de assistência domiciliária nos Estado Unidos está em torno de 20 bilhões de dólares por ano, representando 3% do gasto total com cuidados com a saúde.

No Brasil, as despesas com internações hospitalares seguramente não diferem das existentes nos países desenvolvidos, constituindo enorme preocupação na saúde pública. O país tem ainda um fator agravante: tem pela frente o impacto e o desafio do envelhecimento, enfrentado pelos países da Europa há várias décadas. Com o agravante de que o ritmo de crescimento da população idosa tem sido muito mais acelerado do que o então presenciado por aquelas nações. Como decorrência, cresce de maneira acentuada a demanda por serviços, inclusive o número de internações hospitalares, seguramente maior nessa faixa etária do que nas demais.

Na década de 1960 do século passado, paralelamente ao crescimento da população idosa, que já então se delineava, começam a tomar vulto as doenças crônico-degenerativas, principalmente as afecções cardiovasculares, as infecções pulmonares e do trato urinário, mormente entre idosos, e as diversas formas de câncer e de *diabetes mellitus*. Os custos com internação de pacientes com doenças cardiovasculares, câncer e diabetes na rede hospitalar conveniada do Instituto Nacional Seguridade Social atingem um terço do total de despesas com todas as internações. Acrescente-se que a pessoa idosa é freqüentemente portadora de múltiplas afecções, o que eleva, portanto, o custo da atenção à sua saúde, superando a média de gastos com pacientes jovens ou adultos. É evidente, diante dos fatos relatados, a necessidade da adoção de outros modelos de atenção à saúde, entre os quais a assistência domiciliária, implantada de maneira ainda tímida em poucas instituições públicas no país. Entre estas destacam-se em São Paulo: Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, criada em 1968, portanto, pioneira da implantação desta modalidade de assistência à saúde; Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, criado em 1994; Núcleo de Assistência Interdisciplinar (NADI) do Hospital da Clínicas de São Paulo, criado em 1996; Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso do Município de Guarulhos, criado em 1997.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Do exposto infere-se que os fatores mais importantes para o crescimento deste modelo de atenção à saúde são: as mudanças demográficas e epidemiológicas, a diminuição dos custos da assistência ao idoso propiciada por essa modalidade de prestação de serviços e o aumento da demanda.

Este capítulo abordará de forma sucinta, sob o título "Considerações Iniciais", a importância do domicílio, da família, do cuidador e da equipe interprofissional para o cuidado dirigido ao paciente. Tais considerações iniciais são essenciais para que se possa compreender a importância da atenção à saúde da pessoa idosa realizada em seu domicílio, que constitui o fundamento sobre o qual se constrói o alicerce da assistência domiciliária.

Finalmente será exposta a experiência adquirida com o Serviço de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, sua justificativa, a população-alvo, os objetivos, os critérios de elegibilidade, o fluxo de encaminhamento e de atendimento dos doentes, os recursos materiais e humanos, além dos objetivos dos cursos de cuidadores e de voluntários e de seus objetivos**.** Assinale-se também que, além da assistência à saúde, esse modelo de atendimento ao idoso tem propiciado condições para ensino e pesquisa

Considerações Iniciais

Importância do Domicílio

O ser humano ocupa vários espaços sociais: família, trabalho, lazer, vizinhança, moradia etc. Na velhice, observa-se uma constrição maior ou menor do espaço social, que fica restrito, muitas vezes, ao domicílio. As condições econômica, física, emocional e social são fatores decisivos para essa situação.

Para muitos idosos, o espaço social citado acaba sendo tudo o que possuem, sendo importante destacar os laços estabelecidos com os objetos, as pessoas e o ambiente para manutenção de seu equilíbrio e sentimento de segurança. O ambiente exerce sobre o idoso um papel importante na manutenção da própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência. Com efeito, as mudanças podem desencadear situações traumáticas e favorecer a desorganização do funcionamento mental e físico.

O ambiente, em última análise, pode exibir problemas para a manutenção e/ou oferecer barreiras arquitetônicas que limitem ou possibilitem a mobilidade do idoso, podendo expô-lo a situações de risco, agravando ou desencadeando processos patológicos.

Esses são os motivos pelos quais o ambiente constitui um dos pilares de sustentação dos programas de atenção à saúde do idoso. Todavia, cuidados devem ser tomados para que essa atenção não favoreça uma situação de confinamento, caracterizando um verdadeiro "asilo domiciliário".

Importância da Família e do Cuidador

A importância da família e do cuidador foi objeto de análise mais aprofundada em capítulos preparados com tal finalidade. Neste momento, apenas algumas considerações serão feitas.

A estrutura familiar se constitui de maneira normal em um lugar físico determinado, em um domicílio, sede do convívio das pessoas, membros da família e de sua história pessoal, de sua *biologia* e de sua *biografia*.

Sob essa perspectiva, o desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliária à saúde impõe-se como indispensável em todos os níveis sociais, seja por suas características de respeito à individualidade e à privacidade do paciente, seja pela possibilidade de minimizar o estresse inerente à atenção à saúde, aumentando a possibilidade de aceitação dos cuidados e, conseqüentemente, a eficiência dos procedimentos, seja pela notável redução que se supõe nos recursos materiais destinados a cada paciente.

Quando se considera o paciente idoso, esses benefícios podem ser vistos de maneira exponencial. Dependente de toda estrutura ambiental, a retirada do paciente idoso de seu ambiente para internação hospitalar ou para procedimentos em centros médicos apresenta uma carga de comorbidade que não pode ser desconsiderada. Portador de afecções múltiplas, seu custo de atenção supera em muito a média geral de custos de atenção entre pacientes jovens ou adultos.

Muitas condições mórbidas dos idosos não podem ser detectadas senão *in loco*, dada sua relação com estruturas ambientais, condições de vida e hábitos. É comum que o diagnóstico correto de algumas síndromes exija o conhecimento das condições de vida e moradia do paciente. O exemplo clássico é o caso de pacientes com quedas repetidas, em que é indispensável o conhecimento das condições arquitetônicas do domicílio no que se refere a tapetes, degraus, apoios etc.

O conhecimento das condições de suporte familiar, ambiente físico e psíquico de vida do paciente

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

é para o profissional de saúde não um passatempo bizantino, mas um elemento indispensável em suas atividades diárias.

Assim como para a realização do diagnóstico, o tratamento de muitas afecções e agravos de saúde exige do profissional o conhecimento do ambiente de vida do paciente e suas potencialidades terapêuticas. Mais que a queda da capacidade de adaptação física, observa-se freqüentemente em pessoas idosas redução adaptação psíquica, que pode ir da incapacidade de aceitar e administrar uma situação de viuvez, problemas financeiros etc. a situações mais simples, como, por exemplo, o fato de sair de casa para um passeio. Por outro lado, a queda da adaptação social pode se manifestar na dificuldade de aceitação de mudanças de ambiente, aumentando a dependência do doente do ambiente familiar.

Importância da Equipe Interdisciplinar/ Interprofissional

Detalhes sobre a importância da equipe interdisciplinar/inteprofissional são os objetivos de análise mais ampla em dois capítulos especiais: em um deles a abordagem é ampla e genérica, enquanto o outro é dirigido especificamente à assistência domiciliária.

Nesse momento serão feitas apenas algumas considerações sumárias. Sendo a atenção dispensada ao doente de caráter multidimensional, espera-se que para atender a essa diretriz seja realmente necessária a participação de uma equipe interprofissional que, em conjunto, respeitando-se a especificidade de cada área e de cada caso, torne possível definir a melhor conduta a ser seguida.

Tipos de Cuidado

O termo "paciente" é normalmente utilizado para designar pessoas receptoras de cuidados, estando o cuidar, na maioria das vezes, associado à dependência. Este cuidado, porém, deve ser construído em um processo de interação interprofissional, pressupondo, segundo Paulo Freire, co-participação de experiências e crescimento de esforço comum em conhecer a realidade que se busca mudar, não permitindo, dessa forma, distorções, nas quais seria estabelecida uma relação de dominação e manipulação de quem cuida sobre quem é cuidado.

Idosos morando na comunidade necessitam de algum tipo de cuidado, que lhes propicie recursos para enfrentar seus problemas.

Campedelli e col.[1] referem-se à classificação de Gray, que estabelece alternativas de cuidados voltados para o idoso em quatro níveis de intervenção dinâmicos e complementares. Os tipos de cuidado segundo essa classificação são: autocuidado, cuidado informal, cuidado formal e institucionalização.

Deixaremos de lado considerações a propósito do autocuidado e da institucionalização, pois estes fogem ao escopo do tema deste trabalho. Serão realizados, portanto, comentários apenas sobre cuidados informal e formal.

Cuidado Informal

É o cuidado prestado de forma parcial ou integral por membros da família ou da comunidade a pessoas com dificuldade ou impossibilitadas de se autocuidarem. Os idosos, por estarem mais propensos a desenvolver essas dificuldades ou incapacidade para as atividades da vida diária (AVDs) e atividades da vida prática (AVPs), são especialmente beneficiados por esse tipo de cuidado.

Campedelli e col.[1] citam vários autores que afirmam serem de 80% a 90% os serviços e cuidados recebidos pelos idosos de seus familiares, sendo que a qualidade e a manutenção destes — conseqüentemente, a prevenção da institucionalização — têm relação de dependência com o fornecimento de suporte aos cuidadores, por meio de programas de treinamento, supervisão e assessoria.

Cuidado Formal

São cuidados fornecidos pelas agências do sistema formal de saúde para atendimento de necessidades específicas. Considera-se que o cuidado formal possa estar inserido nos programas desenvolvidos pelas redes prestadoras de serviços de saúde.

Formas de Atendimento Domiciliário

As formas de atendimento domiciliário são conhecidas por denominações que representam tipos de atuação e características diferentes, em visita domiciliária, assistência domiciliária e internação domiciliária.

Visita Domiciliária

É o tipo de atendimento realizado pelo profissional de saúde e/ou equipe na residência do paciente com o objetivo de avaliar as suas demandas e as de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

seus familiares, bem como do ambiente em que vive, procurando estabelecer um planejamento assistencial voltado para recuperação e/ou reabilitação. Busca-se com isso autonomia e independência. As visitas são realizadas regularmente e programadas conforme a necessidade do doente. Na ocasião da primeira visita são fornecidas orientações relativas aos cuidados necessários, que serão realizados pelo cuidador.

Assistência Domiciliária

Essa forma de atendimento compreende as atividades assistenciais exercidas por profissionais da saúde e/ou por uma equipe interprofissional no domicílio do paciente. Elas são programadas e, quando necessário, serão realizados alguns procedimentos mais complexos. A periodicidade das visitas dependerá da complexidade do quadro clínico. Há necessidade de um cuidador para dar continuidade à assistência no domicílio.

Internação Domiciliária

Representa, segundo Yamaguchi[18], uma opção segura e eficiente para atendimento a pacientes que, mesmo após estabilização do quadro clínico, continuam requerendo cuidados especializados de um profissional de saúde no seu dia-a-dia. Para que esse tipo de atendimento seja efetuado, há necessidade da utilização de aparato tecnológico específico à necessidade do doente transferido para sua moradia. O acompanhamento é feito pelo profissional da enfermagem, que será responsável pela terapêutica que for adotada. Além disso, há necessidade de meios de transporte externos (por exemplo, ambulância) e assistência médica e de enfermagem disponíveis por 24 horas, inclusive para atendimentos de emergência. Há também necessidade de monitoração constante da evolução clínica do doente e das reações dos familiares, o que permitirá intervenção o mais precocemente possível perante eventuais intercorrências.

Modalidades de Cuidados Prestados no Domicílio

Por vários motivos, entre os quais destaca-se a implantação relativamente recente no Brasil em comparação com os países desenvolvidos, o serviço público de atenção à saúde ainda não dispõe de toda estrutura e variadas aplicações do atendimento em domicílio em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Nesses países, segundo Duarte e Diogo[5], o cuidado em domicílio é dividido, conforme os objetivos a que se destinam, em cuidados agudos e de longo prazo.

Cuidados Agudos

Os cuidados agudos são subdivididos em cuidados agudos intermitentes e cuidados agudos intensivos.

Os primeiros têm como objetivo prestar atendimento a doentes que apresentam episódios patológicos agudos e/ou incapacitantes e àqueles com agravamento de um quadro patológico crônico. Sua finalidade é recuperar e reabilitar o paciente. A monitoração dos cuidados é realizada pelo cuidador e por familiares no próprio domicílio, sob supervisão de profissionais que realizam visitas regulares, uma ou mais vezes por semana.

O modelo de cuidados agudos intensivos é dirigido aos portadores de doença aguda grave e/ou incapacitante e que apresentam uma ou mais das seguintes características: incapacidade de auto-administração de medicações; limitação motora acentuada; incapacidade de manter a própria higiene; dependência de equipamentos de alta tecnologia; incapacidade de manter sua nutrição; necessidade de assistência contínua 24 horas por dia de um profissional habilitado por um período de, no máximo, seis semanas.

Cuidados de Longa Permanência

Os cuidados de longa permanência são direcionados aos portadores de doenças crônicas e incapacitantes que necessitam de cuidados prolongados. São subdivididos em cuidados custodiais, intensivos e do tipo hospice.

Os cuidados de longa permanência custodial são destinados a pacientes que apresentam limitações funcionais em uma ou mais atividades de vida diária, apesar de as doenças crônicas se apresentarem razoavelmente controladas. Esses pacientes necessitam de monitorização e de cuidados continuados. A maioria das pessoas atendidas é idosa. Os serviços prestados estão relacionados à alimentação, à higiene, ao ato de vestir-se, à mobilização, à administração de medicamentos, às compras e à lavanderia.

O modelo de cuidados de longa permanência intensivos é direcionado a portadores de doenças graves e complexas, alguns cuja vida depende do suporte por equipamentos. Embora os custos dessa modalidade assistencial sejam muito altos para maioria dos doentes, ainda assim são inferiores aos efetuados em nível hospitalar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O modelo de assistência domiciliária do tipo hospice é dirigido a doentes em fase terminal que demandam cuidados paliativos. É preciso que fique claro que, mais que a necessidade de uma internação, ele é uma filosofia de assistência que visa a dar suporte e conforto a doentes sem possibilidades de cura. Conforto e suporte se estendem aos familiares.

Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

O Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo iniciou suas atividades em 1994, seguindo os conceitos franceses e americanos, porém com características próprias e compatíveis com a estrutura de saúde vigente no Brasil. Desde então, ele é mantido em constante processo de aperfeiçoamento e controle de qualidade com a finalidade de conduzir à efetiva implantação dessa modalidade de atendimento à saúde no referido hospital.

O SAD foi criado devido ao aumento exagerado dos custos de todos os tipos de tratamento e à inadequação das estruturas existentes no hospital perante a crescente demanda por internações. Por outro lado, assumia como fator primordial o desejo de proporcionar mais qualidade de vida aos pacientes com doenças crônicas e àqueles para os quais já haviam sido esgotadas todas as possibilidades de tratamento especializado.

Em 1996, devido ao perfil etário dos enfermos atendidos pelo SAD, este foi incorporado à Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal.

É objetivo deste trabalho abordar a justificativa, as finalidades, os critérios de admissão, a composição profissional, os recursos materiais e o perfil da população atendida pelo SAD, além de descrever as programações dos cursos de cuidadores e de voluntários.

Justificativa

Já foi assinalada a importância da assistência domiciliária como alternativa ao elevado custo das internações hospitalares e ao impacto que a população idosa acarreta com gastos decorrentes das referidas internações. Mais importante, porém, que estes aspectos puramente econômicos, é dar o valor devido aos benefícios da assistência domiciliária para o doente — como a implantada e continuamente aperfeiçoada no Hospital do Servidor Público Municipal. Com efeito, dependente de toda estrutura ambiental e do convívio com seus familiares, a retirada do paciente, particularmente o idoso, para um período de internação hospitalar, acarretará uma carga de comorbidade que não pode ser desconsiderada.

A filosofia do trabalho baseia-se na restauração e na manutenção do equilíbrio biopsicossocial do paciente, o que só poderá ocorrer houver à disposição uma equipe interprofissional motivada com esse tipo de trabalho, que possa fornecer apoio à família e/ou ao cuidador e prover o suporte adequado ao paciente.

População-alvo

A população-alvo é formada por todos os funcionários públicos municipais aposentados ou não e seus dependentes legalmente constituídos. São eles a esposa ou o marido, quando não possuem nenhum benefício médico-assistencial, e também o pai ou a mãe com idade igual ou superior a 65 anos que não possuam alternativa de assistência à saúde. São, portanto, usuários atuais ou potenciais pessoas cadastradas e com direito atendimento no Hospital do Servidor Público Municipal. Do total, uma parcela ponderável tem 65 anos ou mais e, pelos motivos já expostos, é a maior beneficiária potenciais desse modelo de assistência.

Objetivos

O SAD da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal tem como objetivo primordial dar assistência domiciliária aos doentes que se enquadrem nos critérios de seleção. É importante, entretanto, ressaltar que, além da prestação de serviço em âmbito assistencial, o SAD tem proporcionado, como será exposto adiante, condições para ensino e para elaboração de pesquisas (Fig. 54.1).

Em Âmbito Assistencial

Para implantar e implementar uma assistência domiciliária realmente eficaz, os profissionais que compõem a equipe precisam estar cientes de que não podem se considerar os únicos agentes da promoção da saúde. O doente, o cuidador, a família e, quando possível, a comunidade devem ser participantes ativos de todo o processo de desenvolvimento das ações de saúde. Assim, o doente, uma das forças integrantes e, com toda certeza, o maior beneficiário do processo, não pode ser excluído; pelo contrário, deve ser escla-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Fig. 54.1 Níveis de atuação e composição da equipe interdisciplinar.

recido e orientado sobre seu estado de saúde. Deve ficar muito claro que o doente, idoso ou não, tem uma história de vida, tem um biografia, tanto maior quanto mais avançada é sua idade e que esta deve ser respeitada. Dessa forma, é importante a participação ativa em seu tratamento, levando-se, obviamente, em consideração os limites de sua capacidade, impostos pela doença que o acometeu. Possibilita-se dessa maneira a manutenção ou, pelo menos, o desenvolvimento de sua autonomia e independência.

A família e o cuidador, além dos esclarecimentos necessários, devem receber treinamento adequado a respeito do tratamento a ser efetuado e quanto à postura frente ao doente e aos problemas, que seguramente irão surgir. Deve ser enfatizada a sua importância do controle rigoroso das medidas a serem empregadas, cuja elaboração e apoio técnico é atribuição da equipe interdisciplinar responsável pela atenção à saúde do doente. Com esses fatores sob controle, é possível manter um equilíbrio efetivo, evitando-se ou, pelo menos, reduzindo o número de internações repetidas.

O SAD do Hospital do Servidor Público Municipal, obedecendo a essas orientações, contribui de forma decisiva para a reciclagem dos familiares dos doentes e dos cuidadores na área de educação em saúde, para que os mesmos possam ser agentes eficazes da promoção da saúde.

A seguir resumimos os principais objetivos assistenciais do programa, sem detalhamento mais aprofundado, visto que eles são suficientemente claros e auto-explicativos, como também muitos já foram objetos de discussão neste capítulo.

Assim, o grupo que compõe a equipe que dá assistência domiciliária aos pacientes acredita serem os principais objetivos os que se seguem.

- Manter o paciente em seu hábitat familiar.
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes crônicos e daqueles para os quais já foram esgotadas todas as possibilidades de tratamento especializado.
- Propiciar acompanhamento domiciliário interprofissional aos pacientes crônicos e/ou àqueles que necessitem de cuidados específicos, procurando evitar internações repetidas e suas conseqüências.
- Colaborar no sentido de agilizar a liberação de leitos da unidade hospitalar, destinados a doentes passíveis de hospitalização ou portadores de casos mais graves.
- Estimular a participação de familiares no acompanhamento dos pacientes, redistribuindo, dessa forma, a responsabilidade pela sua evolução entre os membros da equipe e os próprios doentes.
- Fazer acompanhamento de pacientes com quadros clínicos agudos, com duração previsível e condições de permanência no domicílio, tais como: portadores de infecções, queimados em fase aguda, pacientes em recuperação de medidas ortopédicas, em pós-operatório etc.
- Suprir a dificuldade de locomoção dos pacientes.
- Oferecer oportunidade de realização humana e profissional aos membros da equipe.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Reduzir custos com a diminuição dos índices de internação hospitalar.

É óbvio que, para obtenção desses objetivos, há necessidade de se prover equipamentos, materiais de suporte e serviços de orientação e cuidado com os doentes, apoio técnico aos familiares e, quando necessário, à comunidade. Tais medidas serão analisadas mais adiante.

No Âmbito do Ensino e da Pesquisa

Paralelamente à assistência prestada aos doentes em seu domicílio, o SAD tem proporcionado condições de ensino aos médicos residentes do primeiro ano de clínica médica, aos médicos residentes do primeiro e do segundo anos de geriatria e aos estagiários acadêmicos de medicina, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e farmácia. Essa atividade, que representa uma complementação de outra idêntica em nível de ambulatório e enfermaria da Clínica Geronto-geriátrica, permite contato direto desses estagiários e residentes com o paciente, sempre assessorados pelos membros da equipe. Além disso, é obrigatória a participação efetiva nas reuniões semanais do SAD, nas quais são discutidos todos os problemas observados durante as visitas aos doentes ao longo dos sete dias que antecedem a citada reunião. Complementando o papel desenvolvido pelo SAD no apoio ao ensino, têm sido desenvolvidos cursos de cuidadores informais, cursos de capacitação de voluntários, jornadas de estudo de atenção domiciliária e jornadas de estudo sobre escara.

Além desses eventos, vêm se desenvolvendo protocolos específicos sobre: escaras, barreiras arquitetônicas, quedas, abuso e maus-tratos a idosos e mortalidade domiciliária no município de São Paulo. Esses e outros temas, extraídos dos prontuários dos doentes e da experiência adquirida desde 1996, quando o SAD foi incorporado à Clínica Geronto-geriátrica, têm sido objeto de pesquisas, cujos resultados foram apresentados nos congressos da especialidade.

Critérios de Elegibilidade

Para o ingresso ou a manutenção do paciente no SAD foram estabelecidos alguns critérios de elegibilidade, nos quais leva-se em consideração não só o estado do doente, mas também o que lhe pode ser oferecido como infra-estrutura, ou seja, como suporte — equipamentos e serviços para ele e para seus familiares. Se não forem atendidas essas condições, não se conseguirá prestar assistência domiciliária de qualidade. Felizmente, os usuários do Hospital do Hospital do Servidor Público Municipal têm à sua disposição no SAD o mesmo nível de suporte e apoio que é oferecido aos doentes em tratamento no ambulatório ou internados.

Para estabelecimento dos critérios citados foram utilizados os ensinamentos que avaliam a capacidade funcional em cinco dimensões: aspectos sociais, econômicos, saúde física e mental e atividades da vida diária. Embora não sejam usados questionários específicos para caracterizar essas cinco dimensões, elas estão implícitas nos itens que compõem os critérios de elegibilidade adotadas pela equipe do SAD.

Complementando as condições necessárias para ingresso no SAD foram considerados, para efeito de permitir a viabilização e a otimização da atenção domiciliária, a delimitação da área de atuação e os limites dos procedimentos a serem desenvolvidos no domicílio conforme o grau de complexidade do problema e a oferta de infra-estrutura, cuja importância já foi exposta no início desta seção.

Tais considerações iniciais, expostas a seguir, são fundamentais para justificar a maioria dos critérios propostos e adotados pela equipe.

- Ter domicílio, pois o fato de não possuí-lo, obviamente, torna inviável qualquer tentativa de prestar este tipo de atendimento, por mais penoso que isso possa ser.
- Residir no perímetro urbano de São Paulo.
- Necessitar de cuidados que possam ser realizados no domicílio.
- Ter interesse em receber tal tipo de atendimento.
- Colaborar com a equipe interprofissional do serviço.
- Colaborar com o tratamento preventivo e de reabilitação, viabilizando as modificações no ambiente familiar necessárias à segurança do doente, bem como aceitando sugestões e orientações de mudanças de comportamento, quando pertinentes.
- Possuir um cuidador que seja membro da família ou por esta indicado e que se proponha a freqüentar o curso de cuidadores informais da Clínica Geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Ser portador de incapacidade notável à deambulação.
- Ser portador de disfunção cognitiva importante.
- Que seja informada à secretaria do SAD qualquer alteração referente ao paciente como internação, óbito etc.
- Que sejam seguidas as orientações quando à higiene pessoal do paciente e do domicílio, às mudanças e adaptações ambientais que favoreçam a recuperação e o bem-estar do doente, à administração adequada da medicação e da alimentação e à reabilitação.

Fluxo de Encaminhamento e de Atendimento

O fluxo de encaminhamento e de atendimento do paciente, desde a clínica de origem ou do Serviço Médico-cirúrgico de Urgência do Hospital, encontra-se representado na Fig. 54.2.

O paciente, a critério do médico assistente de uma das clínicas do hospital, é encaminhado com um pedido de consulta, no qual, após breve exposição do quadro clínico, há solicitação de atendimento domiciliário dirigida à secretaria do SAD. Submetido a um processo de triagem no qual os profissionais — médico, enfermeira

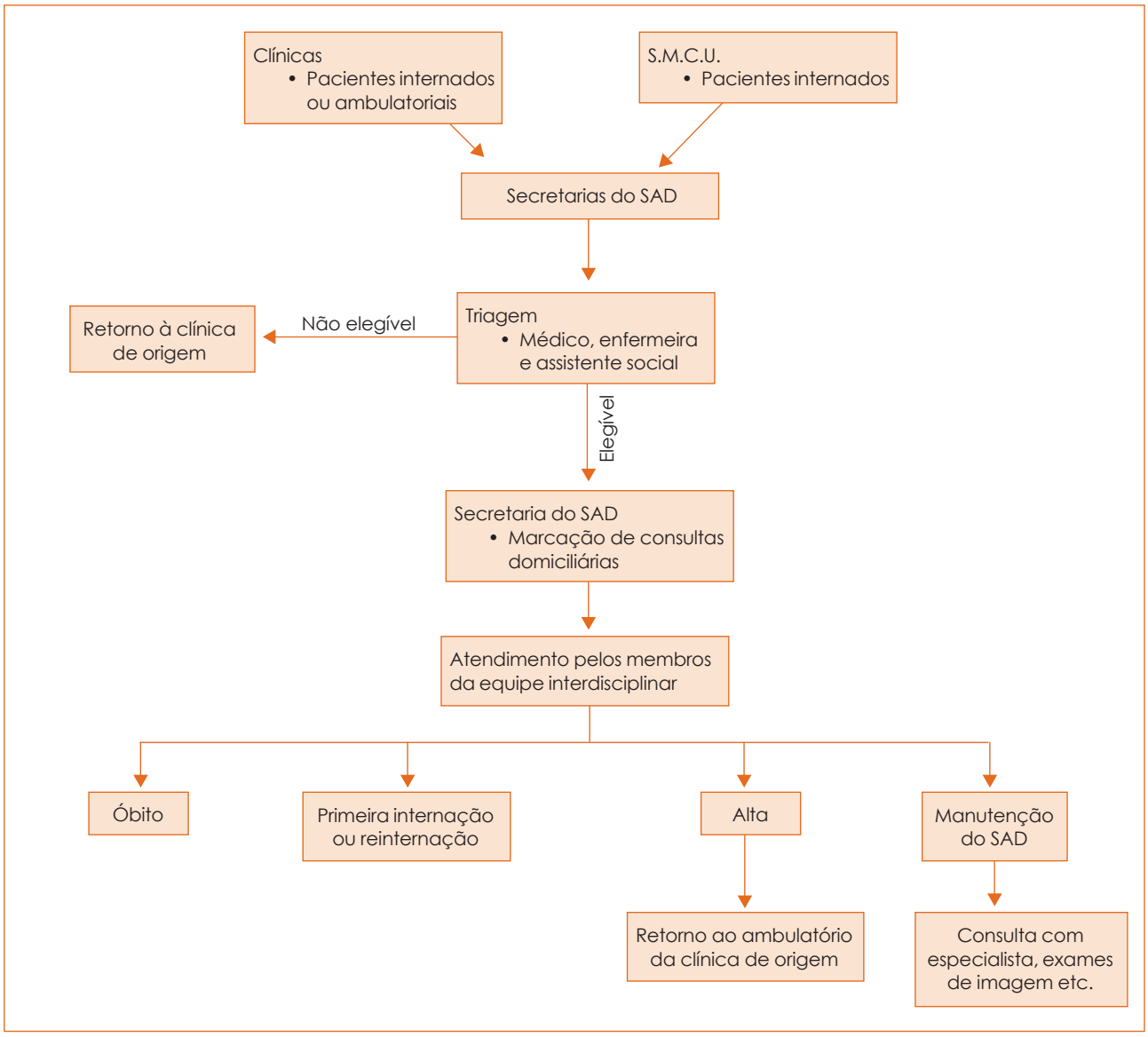


Fig. 54.2 Fluxo de encaminhamento e de atendimento do Serviço de Assistência Domiciliária da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público de São Paulo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e assistente social — preenchem formulário próprio, cuja avaliação baseia-se nos critérios de elegibilidade já referidos, o doente é considerado elegível ou não.

Nos casos de não serem preenchidos os critérios de elegibilidade, o paciente é devolvido à clínica de origem com as justificativas da não aceitação dentro do programa. Os enfermos que atenderem aos critérios de seleção serão encaminhados à secretaria do SAD, onde serão definidos o dia, o período do dia e os profissionais que farão os primeiros atendimentos domiciliários. Esses profissionais, além do exame e de avaliação pertinente a cada área da especialidade, procuram observar as condições do domicílio, a situação de higiene pessoal e do domicílio, as adaptações ambientais, o grau de adesão medicamentosa e às demais recomendações feitas pela equipe. A não-obediência pela família ou pelo cuidador dessas recomendações poderá ser motivo para desligamento do doente do programa de assistência domiciliária, o que só poderá ser efetivado durante a reunião semanal da equipe do SAD.

A necessidade de visita de profissionais de determinadas áreas depende, obviamente do estado do doente e da opinião de elementos da equipe, que, em decorrência do observado em visitas anteriores, propõem que o atendimento seja também prestado por esses profissionais.

A coleta de material para exames de laboratório, realizada por técnicos do laboratório do hospital, bem como o eletrocardiograma, são efetuados no próprio domicílio. Os demais exames de métodos gráficos, por imagem etc., que também estão previstos no programa, são realizados no hospital, sendo o transporte do paciente para realização desses exames efetuado por ambulâncias do nosocômio.

O número de visitas programadas para um determinado doente depende de vários fatores, mas certamente será maior nos casos de problemas médico-sociais mais complexos.

Como se observa na Fig. 54.2, no processo de evolução do paciente podem ocorrer quatro situações distintas: óbito, internação, alta e manutenção no SAD. Nas duas primeiras situações, o que se exige é que a família comunique ao SAD, quando possível, detalhes desses eventos, inclusive da causa da morte, no primeiro caso, ou de manifestações que precederam e justificaram a internação, no segundo caso. A alta pode ocorrer em duas condições: a) por melhora do quadro que justificou o ingresso do doente no SAD, indicando-se marcação de consulta no ambulatório da clínica de origem; b) por inexistência de colaboração do paciente e/ou de seus familiares na implementação de medidas recomendadas pelos elementos da equipe interdisciplinar. Assinala-se, mais uma vez, que o desligamento do doente só poderá ocorrer, nessas condições, por sugestão de um ou mais elementos da equipe e com aprovação decidida em reunião semanal do grupo.

A última situação encontra-se representada na Fig. 54.2 como manutenção no SAD. Não há necessidade de exposição mais longa desta última situação, que mereceu espaço maior nesta seção. O número de visitas dos componentes da equipe, que, logicamente, visa à melhora das manifestações clínicas, da qualidade de vida ou a detecção de alguma complicação que justificaria a adoção de medidas tendentes a restabelecer a estabilidade do quadro clínico ou à solicitação de internação nos casos de agravamento importante do estado de saúde.

Recursos Disponíveis

Para obtenção de uma boa qualidade de vida do paciente em seu domicílio, o Hospital do Servidor Público Municipal, como já foi assinalado, tem proporcionado o mesmo nível de suporte e de apoio que é oferecido aos doentes ambulatoriais e aos internados. Assim, são oferecidos aos usuários da assistência domiciliária: recursos materiais e recursos humanos, constituídos estes por pessoal de apoio e pela equipe interprofissional.

Recursos Materiais

O SAD conta com um carro utilitário para transporte dos profissionais da equipe de atendimento até domicílio do doente. O hospital coloca à disposição do serviço ambulâncias para resgate e remoção dos doentes, no caso de estes terem de se submeter a consultas, exames subsidiários e demais procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos julgados necessários pelos componentes da equipe.

Além dos meios de transporte citados, o serviço dispõe de cama hospitalar, colchão comum ou de água, cadeira de rodas, cadeira de higiênica, aspirador de secreção etc., que são cedidos em empréstimo e pelo tempo que for julgado necessário. São colocados também à disposição dos doentes medicamentos, dietas, diversos tipos de sonda e todo arsenal terapêutico julgado importante para o tratamento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Recursos Humanos

Contam com uma equipe interdisciplinar e responsável pelo atendimento dos doentes cadastrados no serviço que, no momento, possui, além dos profissionais das diversas disciplinas, dois agentes administrativos de apoio, um motorista e um técnico de laboratório (Fig. 54.1).

A equipe de profissionais de diversas áreas, comandada por um coordenador, é formada por dois médicos, um cirurgião-dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma assistente social, duas psicólogas, duas nutricionistas, uma fisioterapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga.

O SAD presta atenção à saúde dos pacientes de maneira estruturalmente interprofissional, com participação ativa de todos os profissionais na elaboração de cada projeto individual. Na primeira visita, faz-se a avaliação do ambiente familiar e domiciliário, estabelecendo-se os profissionais que atuarão em sua atenção e as visitas de treinamento de cuidadores, bem como a necessidade de voluntários treinados.

Cursos de Formação de Cuidadores Informais

Já destacamos a importância que a família e, particularmente, o cuidador, que pode ser alguém da família ou da comunidade, têm para realização de serviços e cuidados para com o pacientes. Os idosos, que constituem a maioria dos usuários do serviço de assistência domiciliária, são os maiores beneficiários da atenção prestada pelos cuidadores, pois são os mais propensos a limitações das atividades da vida prática (AVP) e da vida diária (AVD).

Sendo parte integrante e fundamental para conjunto de medidas que vão ser prestadas ao paciente, o cuidador deve ser alvo de suporte proporcionado pela equipe por meio de treinamento, apoio e supervisão constantes.

Os cuidadores dos pacientes cadastrados no SAD são convidados a se inscreverem no citado curso, fornecido pela Clínica Geronto-geriátrica. Além disso, são convocados para uma entrevista psicológica inicial, na qual seu perfil é avaliado.

O curso tem oito aulas de duas horas semanais, que abrangem: levantamento das necessidades pessoais, esclarecimento sobre as doenças, noções de higiene e de curativos e prevenção de escaras. São destacados os cuidados com a mobilização e a transferência do paciente, a necessidade de adequação ambiental e cuidados na tentativa de realização das atividades da vida diária; medidas essas fundamentais para a busca da recuperação do paciente e a prevenção de quedas. Temas como uso correto dos medicamentos, problemas de deglutição e de audição, cuidados com os aspectos nutricionais e a maneira de administrar os alimentos, além de lazer e ocupação do tempo, e esclarecimentos sobre direitos sociais são lições fundamentais para quem realmente deseja dar à pessoa cuidada uma qualidade de vida, pelo menos, mais digna.

Finalizando, a experiência adquirida demonstra com clareza ser de extrema importância o treinamento do cuidador para evitar o estresse, o desgaste físico e emocional do mesmo, bem como para promoção de melhor atendimento aos pacientes.

Experiência com Serviço de Voluntários

O voluntário, como o próprio termo define, é aquele ou aquela pessoa que procede espontaneamente. Fica claro com esta definição que os serviços de assistência domiciliária que podem ter a seu dispor indivíduos capazes de doarem parcialmente ou totalmente seu tempo possuem mais um poderoso aliado no trabalho que é executado com paciente impossibilitado de serem atendidos em unidades básicas de saúde ou hospitais. Os maiores beneficiários, no entanto, não são os serviços de assistência domiciliária, mas sim o doente, seus familiares e, principalmente, o cuidador, que podem ter junto a si um precioso colaborador. Esta é a função do voluntário — colaboração; não é substituir ou tornar prescindível da família ou do cuidador, fundamentais no processo de tentativa de recuperação do doente e da melhora da sua qualidade de vida.

O Serviço de Voluntariado do SAD teve o início em março de 1997, baseado na experiência de outros serviços similiares encontrados na literatura mundial.

Precedendo o início das atividades, os candidatos à participação nesse tipo de função submeteram-se a um curso preparatório ministrado por médicos residentes da Clínica Geronto-geriátrica, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeira e fonoaudióloga. Como resultado, 30 pessoas foram consideradas aptas para desempenhar a função.

Os resultados desse trabalho são altamente positivos quanto à melhor aceitação por parte dos pacientes das recomendações da equipe interprofissional, bem como na redução do estresse do cuidador. Acreditamos que o Serviço de Voluntariado possa trazer às famílias, cuidadores e à equipe interprofissional um novo incentivo e uma nova alternativa para a eficácia e a eficiência do SAD.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Níveis das Atividades do Serviço de Assistência Domiciliária

Os níveis das atividades da assistência domiciliária já foram abordados em quase todas as seções deste capítulo. O que se pretende agora é apresentá-los de maneira didática e sintética, portanto, sem intenção de discuti-los profundamente.

Podem ser considerados os seguintes níveis de atuação: preventivo, diagnóstico, terapêutico, de reabilitação e tratamento de manutenção.

Tratamento Preventivo

O tratamento preventivo inclui de modificações no ambiente familiar necessárias à segurança do paciente, orientação de mudanças comportamentais, bem como medidas de prevenção de complicações decorrentes de uma afecção aguda.

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico no âmbito da assistência domiciliária baseia-se, primordialmente, na anamnese e no exame clínico. Quando necessário se faz a coleta no domicílio de material para exame de laboratório e, em caso de radiografia ou de exames mais complexos, que deverão ser realizados no hospital, como já foi assinalado, o paciente é conduzido de ambulância e depois removido para seu domicílio.

Terapêutico

Como já foi referido, com o suporte oferecido, a terapêutica no domicílio pode não ser tão ampla quanto a realizada no ambiente hospitalar. A aplicação de medicamentos endovenosos e a hidratação parenteral podem e têm sido feitas de modo eficaz e sem riscos. Praticamente não existe o risco de infecção hospitalar.

A eficácia do tratamento em algumas circunstâncias é maior que a observada no ambiente hospitalar, uma vez que o envolvimento do paciente e da família é maior no domicílio. O aumento da motivação, a diminuição da ansiedade e da depressão podem alterar a trajetória da doença. Acrescente-se que os cuidados oferecidos em casa proporcionam suporte emocional e espiritual, além de uma morte com dignidade, aspectos difíceis de ser encontrados mesmo nos hospitais mais modernos.

Reabilitação

A reabilitação do paciente no domicílio se faz de maneira quase completa, além de se conseguir com muito mais facilidade independência e maior autonomia no ambiente domiciliário. A reintrodução na vida social e laborativa torna-se mais fácil.

Tratamento de Manutenção

O tratamento de manutenção é direcionada ao cuidador, que passa a ser responsável pelos cuidados com o doente e que também precisa ser atendido em todas as suas necessidades físicas, psíquicas e espirituais.

Perfil dos Pacientes Atendidos, Número de Visitas Efetuadas e Custo Médio Diário do Atendimento Domiciliário

O SAD conta, na ocasião da publicação deste livro, com o registro de 941 pacientes cadastrados, dos quais 229 recebem assistência ativa. Os 712 doentes restantes receberam alta, foram a óbito ou, excepcionalmente, foram desligados. Desse total, 138 (60,2%) são do sexo feminino e 91 (39,8%) do sexo masculino (Fig. 54.3). O maior número de mulheres tem explicação na expectativa de vida cinco anos superior no sexo feminino em relação ao masculino. Sabendo-se, por outro lado, que a população de pessoas atendidas pelo SAD é, em maioria, idosa e que dados da literatura demonstram que 70% da população acima de 75 anos e 80% acima de 85 anos são mulheres, compreende-se a maior prevalência de pacientes do sexo feminino sob tratamento domiciliário.

Confirmando o que foi anteriormente referido, apenas 44 pacientes (19,2%) têm idade inferior a 60 anos; os restantes 185 (80,8%) são mais velhos. É importante ressaltar que, do total de doentes, 60 (26,2%) têm idade superior a 80 anos e 11 (4,8%) situam-se na faixa acima de 90 anos. O somatório de pacientes dessas faixas etárias, ou seja, 31% do total de pessoas atendidas pelo SAD, é representado pelos grandes idosos, indivíduos freqüentemente frágeis e, portanto, com necessidade importante de apoio gerontológico.

Com respeito à distribuição geográfica, 11% dos enfermos são da região Norte, 23% da região Sul, 41% da região Leste, 16% da região Oeste e 9% da região central do município de São Paulo.

O custo médio diário de pacientes do SAD foi calculado levando-se em consideração o tempo dispensado pelos profissionais de apoio e da equipe interprofissional, o gasto com combustível, alimentação enteral, medicações, luvas, material de curativo, sondas, material permanente (por empréstimo) etc. Para análise dos custos utilizou-se o cálculo da média e do desvio padrão

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

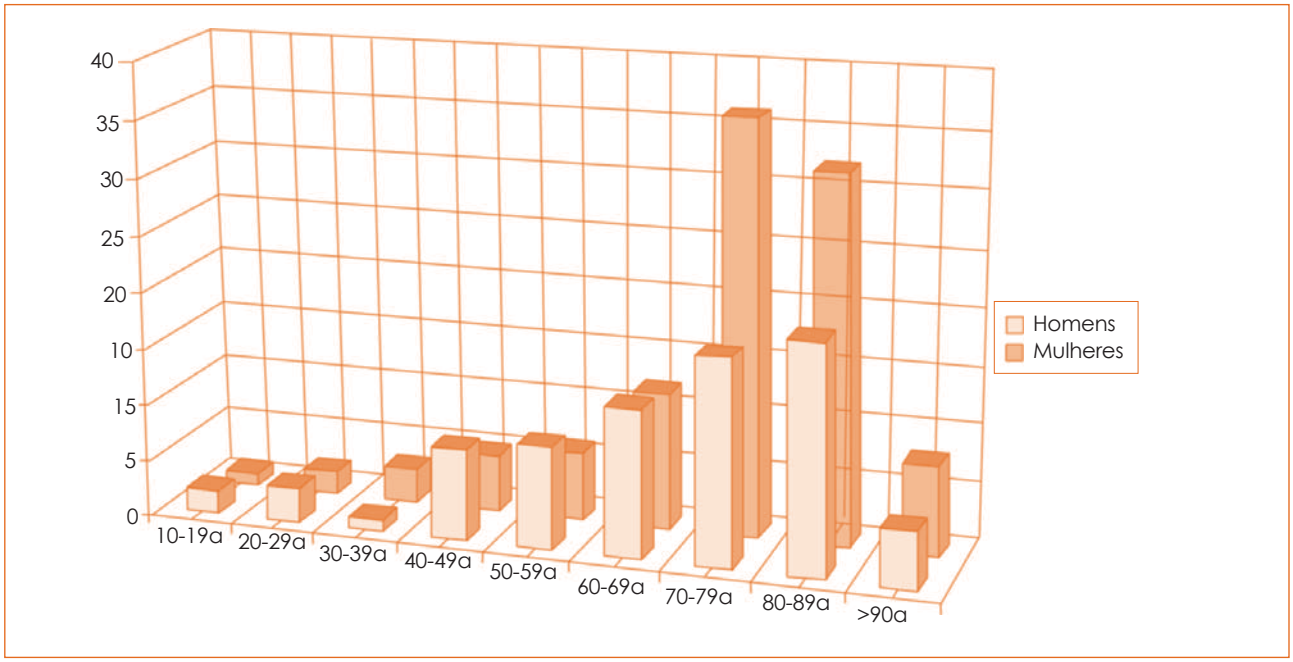


Fig. 54.3 Distribuição dos pacientes atendidos no Programa de Atendimento Domiciliário do HSPM segundo idade e sexo, março de 1998.

dos gastos em moeda nacional, corrigida para o valor em dólares. O custo médio diário foi de US$ 5,40, bem inferior ao dos pacientes internados.

A experiência adquirida com esse modelo de assistência, que infelizmente ainda se encontra em fase de implantação tímida no Brasil, deve ser cada vez mais valorizada.

Referências Bibliográficas

1. Campedelli MC, Perracini MR, Diaz RB. Grupo de cuidadores de idosos: uma experiência multiprofissional. Rev Âmbito Hospitalar; 1993; 46: 46.
2. Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1966. p. 415.
3. Catanach L, Tebes JK. The nature of older impairment and its impact of family careviger's health and psichosocial functioning. The Gerontologist; 1991; 31(2): 246.
4. Council Report. Physicians and family caregivers: a model of partnership council on Scientific Affairs American Medical Association. JAMA; 1993; 269: 281.
5. Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: Duarte YAO e Diogo MJE (eds.). Atendimento domiciliar: um enfoque gerotológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-16.
6. Florez-Garcia M. Escalas de valoración funcional. Aplicaciones, caracteristicas y criterios de selección. Rehabilitación; 1994; 28: 373.
7. Leme LEG. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 117.
8. Leme LEG, Portela YMC. Aspectos interdisciplinares. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 87.
9. Moreno SR. Experiência em assistência geriátrica domiciliar. Rev Esp Geriatr e Gerontol; 1990; 25: 269.
10. Neri AL. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: Neri AL (org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993. p. 237-285.
11. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO (org.). Assistência domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 33.
12. Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 3.
13. Papaléo Netto M, Tieppo A. Assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Municipal. In: Duarte YAO, Diogo MJE (org.). Assistência domiciliar. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 549.
14. Perracini MR. Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. Dissertação de mestrado. Unicamp; 1994.
15. Stone R, Cafferata G. Carevigers of the trail elderly: a national profile. The Gerontologist; 1987; 27 (5): 616.
16. Stone RJ, Murtaugh CM. The elderly population with chronic functional desability: implications for home care eligibility. The Gerontologist; 1990; 30: 491.
17. Silverstein M, Litwak E. A task specific typology of intergeracional family structure in later life. The Gerontologist; 1993; 33 (2): 258.
18. Yamaguchi NH, Yuaso DR. Modelos de atendimento domiciliário ao idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJE (orgs.). Assistência domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 565.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

55 Assistência Domiciliária no Setor Suplementar

Alessandra Tieppo

Introdução

A assistência domiciliária no Brasil já fez história no setor público com vários exemplos de serviços bem-sucedidos que se mantêm por décadas. O setor suplementar, porém, tem uma trajetória de quase duas décadas com um percurso bem mais acidentado. Os serviços de saúde oferecidos por esse setor adotam um modelo centrado na doença e no hospital e são caracterizados pelo imediatismo. Sendo um modelo que gera alto custo com internações hospitalares desnecessárias, incorporação de tecnologias caras e uma infinidade de informações clínicas inúteis. São necessárias, portanto, ferramentas de gestão baseadas na menor concentração dos serviços e em atividades de prevenção, que auxiliam no controle da crise hospitalar e promovem a melhora das condições de vida do paciente, sendo a assistência domiciliária uma dessas ferramentas.

De acordo com um trabalho elaborado pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Médica Domiciliária (NEAD) e publicado em *O Estado de S.Paulo* em 14 de fevereiro de 2006, o setor conta com *170 empresas* brasileiras especializadas em atendimento de saúde domiciliária, maioria localizadas em São Paulo. Aproximadamente *30 mil pacientes* são atendidos *por mês* em regime de *Home care*. Dessas empresas, 73% têm como clientes planos de saúde e 20% são serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se encontra mencionado o número de clientes particulares.

Nesse capítulo trataremos da assistência domiciliária mais conhecida pelo nome de *Home care*.

Home Care

Nos Estados Unidos, a assistência domiciliária à saúde antes do século XX era prestada somente pelo médico de maneira particular. Há registros de uma primeira atuação organizada pela Sociedade Beneficente de Charleston, na Carolina do Norte, no século XIX.

Em 1947, o Hospital de Montefiore no Bronx, Nova York, começou a prestas assistência domiciliária como extensão dos serviços hospitalares. Pacientes de longa permanência hospitalares recebiam altas antecipadas e concluíam seu tratamento em casa, com equipes especializadas. Atualmente, o conceito gerado por essa iniciativa é uma das atividades mais importantes no modelo de assistência domiciliária nos Estados Unidos. No Brasil, o enfoque principal desse procedimento está no atendimento de pacientes crônicos que demandariam longos períodos de internação hospitalar, realizado por equipe multiprofissional da área de saúde dada a complexidade dos cuidados de que necessitam os pacientes.

O setor suplementar de saúde percebeu que poderia usar essa forma de serviço como ferramenta de gestão para sobreviver à crise constante. A desospitalização é uma tendência mundial da organização dos serviços de saúde, que possibilita aliviar a carência de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

leitos hospitalares, melhorar a qualidade de atendimento e otimizar recursos.

O *Home care* é um grande instrumento de gerenciamento da saúde. Os profissionais de saúde o vêem como uma maneira segura de humanizar o tratamento dos pacientes mantendo a qualidade dos serviços prestados no ambiente ambulatorial ou hospitalar. As experiências com o tratamento em domicílio valorizam a relação médico-paciente, além da vantagem de se darem no hábitat familiar, aspecto abandonado nos outros tipos de práticas.

Com o comprovado crescimento da população idosa mundial e, conseqüentemente, o aumento no número de doenças relacionadas com a senilidade, a assistência domiciliária para o idoso é muito importante. As necessidades e restrições físicas, psíquicas e socioeconômicas dos idosos os torna os principais beneficiários desse tipo de assistência à saúde, que deixa o idoso mais próximo da sua realidade, do convívio familiar e social e de seus objetos pessoais. Isso contribui para a melhor recuperação e a promoção da saúde. Sob esses aspectos, alguns estudos demonstram que o melhor para o idoso é ser cuidado em domicílio.

A assistência domiciliária à saúde apresenta uma subdivisão baseada em dois tipos de conceitos: atendimento domiciliário e internação domiciliária. O atendimento domiciliário é o nome dado à visita ou procedimento, isolado ou periódico, realizado no domicílio por profissional habilitado na área da saúde em pacientes que não necessitam de hospitalização. É uma alternativa ao atendimento ambulatorial. Internação domiciliária é o nome dado ao serviço prestado no domicílio do paciente, em substituição ou como alternativa à hospitalização, por equipe técnica habilitada e multiprofissional da área da saúde, com estrutura logística de apoio, integrada a um programa específico com essa finalidade. È realizada por instituição médica de assistência domiciliária e, obrigatoriamente, coordenada e supervisionada por médico, além de devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina.

No Brasil, o aumento desordenado do número de empresas que prestam esse tipo de assistência, bem como a falta de regulamentação e de fiscalização que estabeleceriam entre elas uma linguagem comum, mantendo-se, é claro, os diferenciais de competitividade comercial, levaram ao descrédito com relação a esse tipo de atividade por parte de muitas operadoras de saúde e por parte de muitos pacientes e familiares. Por isso, associações como a Associação Brasileira de Empresas de Internação Domiciliária, a Associação Brasileira de Home Health Care e o Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliária têm se empenhado rumo à normatização do setor. Existem algumas resoluções que devem ser seguidas para a boa prática em assistência domiciliária.

Atenção: colocar aqui as leis, resoluções e portarias que abordam o tema assistência domiciliária

Com certeza esse é um setor que vêm sofrendo grandes transformações em todos aspectos, sejam eles de prestação de serviço, de financiamento ou gerenciamento, sendo sempre um grande desafio no planejamento estratégico no setor de saúde suplementar.

Fica então entendido que assistência domiciliária — *Home care* — é um serviço de atendimento a pacientes que podem apresentar casos agudos, crônicos ou que necessitem de cuidados específicos. Praticada, na maioria das vezes, como complementação ao tratamento hospitalar, essa seria uma fase de transição entre a alta hospitalar e o final do tratamento. O objetivo dessa forma de atendimento de assistência à saúde é manter o paciente dentro de seu hábitat familiar em condições de bem-estar e segurança, otimizando a capacidade e a eficiência do hospital.

A assistência domiciliária deve ser prestada por empresa que apresente alguns requisitos, sendo um dos mais importantes a existência de uma equipe interprofissional qualificada para o serviço. Essa equipe deve ser composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos e pessoal administrativo. É preciso esclarecer que a atuação de alguns profissionais acontecerá conforme o plano individual de tratamento de cada paciente.

Vantagens da Assistência Domiciliária

- Evitar internações e suas conseqüências.
- Diminuir o tempo de internação.
- Manter o paciente em seu hábitat e no convívio com os seus.
- Dividir a responsabilidade dos cuidados do paciente com a família.
- Suprir a dificuldade de locomoção do paciente.
- Acompanhar doenças crônicas, controlando suas descompensações.
- Acompanhar a evolução natural das doenças.
- Controlar o paciente por intermédio de uma equipe interdisciplinar.
- Otimizar leitos e recursos hospitalares.
- Minimizar o estresse e o desgaste familiar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 55.1 Leis, Resoluções e Portarias que Abordam o Tema Assistência Domiciliária

1.	Resolução 386 do Conselho Federal de Farmácia, de 12 de novembro de 2002. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito de assistência domiciliária em equipes multidisciplinares.
2.	Resolução 1.668/2003 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliária de paciente, definindo as responsabilidades e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.
3.	Resolução 270/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEM). Aprova a regulação de empresas que prestam serviços de Enfermagem Domiciliária — *Home care*.
4.	Regulamenta a Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.
5.	Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Dispõem sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
6.	Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
7.	Lei 10.424, de 15 abril de 2002 (D.O.16/04/2002). Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliária no Sistema Único de Saúde (SUS).
8.	Consulta Pública 81, de 10/10/2003. A Diretoria Colegiada da ANVISA submete à Consulta Pública para críticas e sugestões o Regulamento Técnico contendo as Normas de Funcionamento de Serviços que prestam assistência domiciliária.
9.	Regulamento da Assistência à saúde em domícilio (*Home care*). Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliária (ABEMID), associação civil sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro.
10.	Portaria 2.416, de 23 de março de 1998. Assunto: estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para internação domiciliária no SUS.
11.	Portaria 241, de 16 de dezembro de 1998, do Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Portaria 3.998, de 09 de dezembro de 1998, que cria novos procedimentos de diálise peritoneal domiciliária, na tabela de procedimentos do SAI/SUS, resolve.
12.	Resolução 11 da Diretoria Colegiada. Regulamenta a atividade de Assistência Médica Domiciliária no Brasil em 26 de janeiro de 2006.

A assistência domiciliária melhora a qualidade de vida do paciente e de seus familiares pois, durante uma internação hospitalar, há alteração da rotina de vida do paciente e de quem o cerca ou seus cuidadores. São oferecidas orientações sobre a doença, seu prognóstico e os fatores de melhora e piora no tratamento no domicílio. A redução do risco de infecção hospitalar é um assunto muito abordado e de comprovado resultado em vários trabalhos nacionais e internacionais. O procedimento favorece a valorização da imagem institucional e é uma forma de se prestar assistência por um custo compatível — embora seja discutível mencionar redução de custos, visto que o assunto é muito abrangente e que, em alguns casos, a diminuição não se confirma.

A filosofia de trabalho deve se basear na restauração e na manutenção de equilíbrio biopsicossocial — paciente e família são considerados como um todo.

As Diferentes Etapas do Serviço na Assistência Domiciliária

A assistência domiciliária é sempre um serviço individual e pode ser dividido em etapas: avaliação, execução e desligamento e alta.

Etapa de Avaliação

Essa etapa tem a finalidade de identificar a elegibilidade do paciente para esse tipo de assistência e o plano de tratamento a ser realizado.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Como critérios de elegibilidade pode-se citar: dependência técnica, estabilidade do quadro clínico, residência com condições adequadas à prestação do serviço, a presença de um cuidador e ausência de risco de liminar. Os critérios de elegibilidade devem ser ponderados conforme cada caso.

Essa fase é o primeiro contato entre o paciente, a família e seu médico assistente. Por isso, deve haver uma avaliação detalhada em todos os níveis. A avaliação da necessidade de inclusão do paciente em um programa de assistência domiciliária, primeiramente, é feita pelo assistente social e pelo enfermeiro após solicitação da família, do plano de saúde e/ou médico do paciente. O paciente será avaliado em vários aspectos, como: ser ou não portador de doenças crônicas e/ou agudas; ter condições mínimas de habitação; ter um familiar cuidador; ter dificuldade de movimentação e necessidade de cuidados especiais.

O paciente terá uma segunda avaliação por parte do médico. Em reunião, a equipe de assistência estuda os casos e elabora planos de atendimento que determinam quais elementos da equipe serão necessários em cada caso, a periodicidade das visitas e as ações de saúde. Isso torna o atendimento personalizado.

Pacientes Elegíveis

- *Pacientes agudos*: casos de duração previsível, com condições de permanência no domicílio: infecções, pós-operatórios, queimaduras em fase aguda, casos ortopédicos, fase aguda de doenças crônicas.
- *Pacientes crônicos*: portadores de *diabetes mellitus*, neoplasias, seqüelas neurológicas, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), seqüelas ortopédicas, hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, demências, pneumopatias etc.
- *Pacientes com necessidade de cuidados especiais*: senilidade, pós-operatório e recuperação de trauma.

O doente, uma das forças integrantes, deve ser esclarecido e educado sobre sua situação. A família, além de informação, deve receber treinamento adequado ao tratamento da doença e orientação quanto à sua postura frente ao doente. A doença deve ser controlada e tratada rigorosamente. Com esses fatores sob controle, é possível manter o equilíbrio efetivo, evitando internações repetidas.

A equipe interdisciplinar deve ter uma atuação coerente quanto às necessidades de cada paciente, otimizando recursos. Os casos devem ser discutidos individualmente e periodicamente para melhor aproveitamento de recursos materiais e humanos.

Após a definição do grau de intensidade da doença e do diagnóstico do paciente, o mesmo poderá sofrer flutuação do quadro, obrigando a mudança do plano de atendimento. Sendo assim, pode-se classificar os pacientes por grau de complexidade e níveis de atendimento.

- Grau I: pacientes com doenças agudas ou crônicas com sinais e sintomas leves, podendo apresentar, conforme o estímulo, descompensação da doença de base. Freqüentemente permanecem autônomos, porém, dependem do auxílio de outros e, não raramente, tiveram pelo menos uma internação anterior relacionada à doença de base.
- Grau II: pacientes com sinais e sintomas evidentes de doença e com descompensações sucessivas. Necessitam de ajuda ocasional, podendo cuidar de algumas de suas necessidades e, portanto, ser considerados semi-autônomos. Apresentam também uma ou mais internações anteriores relacionada à doença de base.
- Grau III: pacientes com necessidade de internação domiciliária, portadores de doença crônica ou aguda evidenciada por crises freqüentes de descompensação. Necessitam de ajuda monitorada, cuidados médicos freqüentes e de outros profissionais da equipe. São considerados, portanto, dependentes. Tiveram internações sucessivas previamente.

Depois de determinado o grau do paciente a ser atendido, deve-se planejar as ações de saúde para melhor atendimento, objetivando a eficiência e a eficácia.

Talvez essa seja um das mais importantes etapas para o sucesso do atendimento domiciliária. Deve-se esclarecer muito bem ao paciente, à família e seu médico assistente o plano de atendimento proposto na assistência domiciliária, evitando-se, dessa forma, problemas futuros.

Etapa da Execução

Essa fase, que é a continuidade da internação hospitalar, é a da execução do plano de atendimento proposto na etapa anterior, enfatizando-se a resolução do problema identificado na avaliação e outros que possam aparecer no decorrer do atendimento. É fundamental o preparo do familiares e/ou do cuidador ao final do atendimento. Não vamos nos ater aqui

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

no tão polêmico assunto do treinamento do cuidador, mas não podemos deixar de lembrar que esse familiar e/ou cuidador deve ser treinado. Não estamos falando em capacitação profissional, mas da nova realidade que o paciente e o familiar terão de enfrentar. Às vezes, trata-se de uma simples orientação sobre a hora do banho — como a instalação de uma barra de apoio no banheiro —; em outras, por exemplo, trata-se da troca de uma bolsa de colostomia. É importante também a orientação de atividades de subsistência necessárias, que poderão ser muito melhor elaboradas quando orientadas por um profissional capacitado no ambiente domiciliária. Lembrando aqui a importante função de educador que o profissional de saúde deve desempenhar.

Para uma boa execução do plano de atendimento, além da equipe capacitada, a empresa deve contar com uma estrutura de suporte para atendimento, como material de apoio para tratamento domiciliária, cama hospitalar, colchão perfilado, suporte de soro, cadeiras de banho e de rodas, inaladores, aspiradores, oxigenioterapia, monitores etc. Também deve haver uma estrutura de serviços de apoio, como laboratórios, farmácia e central de emergência.

É importante que o setor operacional de assistência domiciliária detenha o controle técnico, administrativo e de custos de toda a execução.

O controle técnico é feito com o acompanhamento de profissionais capacitados que realizam e elaboram o plano de atendimento e de rotinas de trabalho. Nessa fase, reuniões periódicas da equipe interdisciplinar se fazem necessárias para discutir a evolução do caso e a resolução de eventuais problemas. Após e em decorrência dessas reuniões, o paciente pode mudar de grau de complexidade e nível de atendimento.

O controle administrativo deve ser realizado por meio de planilhas de controle de recursos humanos e materiais enviados ao domicílio do paciente; bem como de todo o material necessário para composição do prontuário, prescrição médica e de enfermagem e análise de acompanhamento do serviço prestado.

Os custos devem ser devidamente computados para a apresentação ao tomador dos serviços.

Etapa de Desligamento e Alta

Essa etapa, na verdade, tem início na avaliação do paciente, pois, durante o planejamento do atendimento, a etapa de desligamento e alta já deve estar contemplada. É evidente que ela pode ser alterada devido a problemas não previstos ou alterações inesperadas. Mas, deve-se deixar bem claro, desde o início, que o atendimento domiciliária tem começo, meio e fim. A alta deve ser dada de maneira clara e com a preocupação de encaminhar o paciente para seu médico assistente ou outro tipo de atendimento equivalente.

Para o sucesso de todo planejamento, a comunicação entre a equipe interprofissional é fundamental. Isso inclui da comunicação de passagem de plantão entre equipes, às reuniões e até à interação com o paciente e seus familiares. A proatividade deve ser outro ponto forte da equipe. A falta de conhecimento sobre o plano de tratamento proposto, a falta de conhecimentos técnicos, a falta de decisão holística, a falta de conhecimento de cobertura e direitos do paciente junto às operadoras de saúde e a falta de empatia podem levar ao fracasso de todo o trabalho.

Devemos lembrar que, para o profissional da área de saúde, a assistência domiciliária é um novo nicho de trabalho — por isso é necessário se qualificar. Como em qualquer outro ramo de atividade, deve-se ter perfil profissional para exercê-la.

Conclusão

O *Home care* é um serviço singular, pois engloba todos os fatores que contribuem para a saúde física, social e psicológica do paciente e de seus familiares e/ ou cuidadores, com a utilização de uma metodologia adequada de avaliação, planejamento, implantação, acompanhamento e finalização do tratamento. Provém de tratamento, cuidados, produtos, equipamentos, serviços especializados e específicos para cada paciente em um ambiente fora da estrutura hospitalar, na própria residência do indivíduo.

Com certeza, o sistema irá apresentar grande evolução nas próximas décadas; por isso, cada vez mais, devemos incentivar estudos e encontros sobre o assunto.

Referências Bibliográficas

1. Anvisa. Consulta Pública 81, de 10 de outubro de 2003.
2. Arras J, Dubler NN. Bringing the hospital home: ethical and social implications of high-tech home care. Hastings Cent Rep; 1994; 24: S19.
3. Barusch AS. Programming for family care of elderly dependents: mandates, incentives, and service rationing. Soc Work; 1995; 40:315.
4. Brody E. Parent care as a normative family stress. Gerontologist; 1985; 25:19. 12. Mendes PMT. Cuidadores: heróis

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

anônimos do cotidiano. In: Karsch UM (org.). Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: Educ; 1998. p. 171.
5. Dolben LW. Serviço de atendimento de enfermagem residencial. In: Duarte YAO, Diogo MJ (orgs.). Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 575.
6. Duarte YAO, Diogo MJ. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
7. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Uerj; 2000.
8. Home Health ACT. Rules and Regulations. 6 de março de 1997.
9. Home Health Care Management. La Zelle E. Benefield; 1988.
10. Kanoti GA. Home care: a shifting of ethical responsabilities. Cleve Clin Q; 1985; 52:351.
11. Keenan JM, Fanale JE. Home care: past and present, problems and potencial. J Am Geriatr Soc; 1989; 37:1076.
12. Levine C. The loneliness of the long-term care giver. N Engl J Med; 1999; 340:1587.
13. Medicare Home Health Agency Manual; 1997.
14. Médika's Home Care Policy and Procedure Manual; 1991.
15. Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Uerj; 2001.
16. Monteiro CP, Monteiro JL. Internação domiciliar. In: Duarte Y, Diogo M (orgs.). Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 584.
17. Neri AL. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: Neri AL (org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 2000. p. 237.
18. Osmo AA, Castellanos PL. Os cuidados a domicílio: da decisão política à gestão de programas. Disponível em www.ufrgs.br/pdgs.Cuidadomicilio.htm. Acessado em 03 de dezembro de 2005.
19. Pavarini SC, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte Y, Diogo M (orgs.). Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 49.
20. Pousada L. High-tech home care for elderly persons: what, why and how much? In: Arras J (ed.). Bringing the hospital home: ethical and social implications of high-tech home care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1995. p. 107
21. Resolução CFF 386/2002.
22. Resolução CFM 1.668/2003.
23. Resolução COFEN 267/2001.
24. Resolução COFEN 270/2002.
25. Ruddick W. Transforming homes and hospitals. In: Arras J (ed.). Bringing the hospital home: ethical and social implications of high-tech home care. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1995. p. 166.
26. Sayeg MA. Envelhecimento bem-sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. Arq Geriatr Gerontol; 1998; 2: 96.
27. www.abemid.org.br
28. www.abrahhcare.org.br
29. www.neadsaude.org.br

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

56 Interdisciplinaridade na Assistência Domiciliária

Roberta Silva Beendendo
Jacinta de Medeiros Gurgel

Introdução

Na história da medicina, verifica-se que desde os primórdios da civilização o médico se deslocava por longas distâncias em condições precárias para prestar assistência ao doente à beira do seu leito.

Porém, com o aumento progressivo da população, este tipo de atendimento tornou-se inadequado pela grande demanda de pacientes, com a necessidade de o médico fixar-se em consultórios e centros médicos para atender a esta nova situação.

Com a melhoria das condições socioeconômicas e tecnológicas, ocorreu um aumento significativo da expectativa de vida do ser humano, atingindo a média de 75 anos nos países desenvolvidos, com a inversão da pirâmide populacional. E que, de acordo com o censo demográfico realizado em 2000, de 1995 a 1999 o número de idosos no Brasil cresceu 1,8 milhão, hoje são 14 milhões de brasileiros com mais de 60 anos. Em 2020 serão 33 milhões, que corresponderão a 12% da população, assumindo o Brasil o sexto lugar do mundo no número de idosos.

Verifica-se, conseqüentemente, com o aumento da longevidade, mudança no perfil epidemiológico, no qual as doenças crônico-degenerativas, passam a ser responsáveis pela segunda causa de óbitos, e também desencadeando o aumento na dependência das atividades básicas de vida diária (ABVDs). Estudos revelam que 5% das pessoas entre 65 e 74 anos necessitam de assistência em suas ABVDs, elevando-se este percentual para 35% em pacientes com mais de 85 anos, interferindo em sua autonomia e independência.

Diante do aparecimento dessas dificuldades, tornou-se necessária uma forma de atendimento mais confortável e eficiente na resolução das múltiplas comorbidades geralmente presentes nesses pacientes, mostrando também a necessidade de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar.

Equipe Interdisciplinar e Sua Visão diante do Contexto Paciente-Cuidador-Família

Para a equipe de saúde, o objetivo é o bem-estar biopsicossocial do paciente, do cuidador e da família. Na assistência domiciliária, lida-se freqüentemente com pacientes frágeis e dependentes em suas atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), criando-se a necessidade de um cuidador, que é a pessoa que dispensa todos os cuidados ao paciente, assistindo-o muitas vezes em quase todas as suas AVDs, dependendo do seu grau de dependência.

Portanto, considerando a interdependência existente entre paciente e cuidador, estes passam a ser tratados como um binômio paciente-cuidador.

Por outro lado, ao refletir sobre este binômio paciente-cuidador, não seria mais justo estender-se esta

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

responsabilidade também à família? Completando agora o trinômio paciente-cuidador-família, distribuindo eqüitativamente a responsabilidade entre os seus componentes.

Essa forma de cuidar em conjunto alivia o trabalho e a responsabilidade do cuidador único e solitário, retardando ou minimizando o aparecimento do estresse, não raramente observado em cuidadores de pacientes frágeis e totalmente dependentes.

Esta atitude torna o cuidado com o paciente mais humanizado, fazendo com que este se sinta mais amado pelo seus, e estes aprendam a lidar com o paciente nesta nova fase de sua vida. Resgata-se com isto a união e humanização desta família, ressurgindo a dignidade deste ser dependente.

É esta visão de interdependência entre paciente, cuidador e família que colocamos como um contexto indissolúvel. Segundo Diogo e Duarte[3], deve ser lembrado que a atuação da equipe não se limita ao cuidado do idoso, pois este representa apenas a ponta do *iceberg*. Deve, sim, envolver o cuidado da família e, em especial, do cuidador.

Esta abordagem realizada pela equipe é mais complexa e abrangente que em nível ambulatorial e hospitalar, pois, no contexto domiciliário, o profissional está lidando com a intimidade destes, deparando-se com a história de vida de cada um no núcleo da família. É, a partir deste diagnóstico situacional do paciente-cuidador-família que se pode fazer um planejamento do tratamento do paciente. No domicílio, o domínio do ambiente é das pessoas que ali residem. A equipe interdisciplinar não deixa de ser uma "visita", que deve solicitar autorização para entrar, ou seja, segundo Diogo e Duarte[3], deve-se respeitar os valores e padrões de comportamento locais, dimensionando-se os valores e o espaço (físico e pessoal) que utilizará, não lhe sendo permitido extrapolá-lo sem consulta e autorização prévias. Tais características muitas vezes não são compreendidas ou aceitas por muitos profissionais cuja formação é basicamente para atuação institucional, onde o paciente mantém uma atitude de passividade. As relações nesse contexto "novo" representam, portanto, um aprendizado que tem por base ética, delicadeza, educação e respeito.

Neste tipo de assistência, a observação é fundamental, pois ao adentrar a casa do paciente já se tem uma noção da sua importância nesta família, pelas comodidades que lhe são oferecidas e pela maneira de manuseio do doente, pois, muitas vezes a linguagem falada não mostra a verdadeira situação, mas as atitudes, que se revelam de uma maneira desprovida de dissimulações.

O entendimento entre equipe e paciente-cuidador-família deve ser visto como um relacionamento de reciprocidade. Berger[2] afirma que se deve escolher conjuntamente os meios para ajudar o paciente a atingir seus objetivos, considerando seu sistema de valores. A atuação da equipe deve ser flexível, modificando a sua posição conforme situação apresentada, não dando espaço ao autoritarismo, que pode ser considerado uma postura negativa e imprópria, pois paciente, cuidador e família encontram-se em seu ambiente natural onde mantêm uma postura ativa, levando o profissional a se adequar às condições que lhes são apresentadas.

A Fig. 56.1, representa o relacionamento baseado em troca mútua entre equipe interdisciplinar e paciente-cuidador-família.

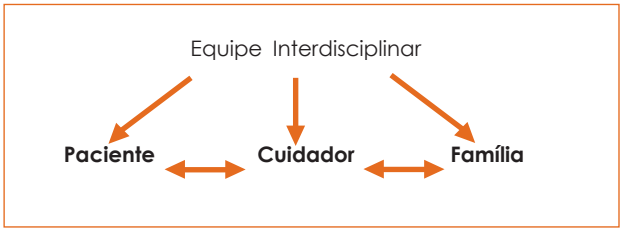


Fig. 56.1 Relacionamento baseado em troca mútua entre equipe interdisciplinar e paciente-cuidador-família.

Características dos Profissionais Envolvidos na Assistência Domiciliária

Em nossa vida cotidiana, percebe-se que, em cada profissão ou em cada posição que o ser humano assume, se faz necessário um conjunto de características próprias, para desempenhar cada papel específico dentro da sociedade. Na assistência domiciliária (AD), é importante que os profissionais possuam algumas características que facilitam no atendimento.

O profissional precisa inicialmente ter a vontade de ajudar e, para isto, ele necessita ter "empatia", que é a tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e nas circunstâncias experimentadas pelo outro. Quando ele conseguir desenvolver esta característica então conseguirá se doar na relação e procurar meios comuns para a resolução dos problemas do paciente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Outra característica é o poder de escuta, que inclui o dom de ouvir, de compreender e interpretar os fatos com imparcialidade no seu julgamento, facilitando uma intervenção positiva. Para que isto ocorra o profissional necessita se despir de preconceitos, evitando prejulgamentos, permitindo crescer a espontaneidade e confiança do paciente. Dentro deste quadro, inclui-se o respeito e a ética para com o paciente, tratando-o como um ser único, compreendendo suas atitudes individuais, diante dos desafios da vida, e aceitando suas decisões em relação a sua existência, portanto, o profissional, deve saber discernir os limites de sua atuação.

A honestidade é outro atributo importante, e é com ela que o trabalho tem que ser executado, ou seja, de maneira clara e transparente, sendo o sustentáculo da relação com paciente-cuidador-família.

A congruência permite ao individuo a existência de concordância entre seu ser, sua experiência e a expressão desta vivência, demonstrada por seu comportamento, ou seja, é a capacidade de ser autêntico. A congruência, portanto, é uma capacidade que deve estar presente em todos aqueles que se propõem a estabelecer relações de ajuda.

Humildade significa estar aberto ao aprendizado, ter consciência de que as pessoas, inclusive os profissionais da equipe, têm muito a ensinar, e também muito a aprender com o paciente, o cuidador e a família. Segundo Alves[1], humildade é conhecer os próprios limites. Aceitar que sabe algo de modo imperfeito, incompleto, que, a qualquer momento, pode ser questionado, reformulado e mesmo superado. E, nessa atitude, estar sempre a procura de novos elementos para reforçar, esclarecer o que se julga saber. Encontrando-os, ter a coragem de cotejá-los, incorporá-los, mesmo que isso signifique ter que abandonar a satisfação e a segurança pessoal. Aceitar que o outro, embora lhe pareça simples e ignorante, também sabe algo. Que todos podem sempre, de alguma forma, contribuir para enriquecer o conhecimento.

Formação da Equipe na Assistência Domiciliária

É importante que os integrantes da equipe tenham uma formação profissional em assistência domiciliária, pois o atendimento é bem peculiar, com objetivos bem específicos. É pertinente que já na graduação seja exigida uma grade de disciplinas com aulas práticas e teóricas que trabalhe não só na AD, mas também que haja conscientização e voluntariedade para trabalhar em conjunto com outros profissionais, colocando em prática os princípios de interdisciplinaridade, o que diminuiria a competitividade que existe em campo ambulatorial, hospitalar e domiciliário. Segundo Papaléo Netto[15], para construir a interdisciplinaridade, é necessário que exista uma sólida base de ensino e pesquisa sobre o processo do envelhecimento nas disciplinas específicas e, além disso, estímulo à tolerância e à integração de pesquisadores e de profissionais de assistência de vários campos.

A equipe de saúde que trabalha na AD pode ser formada por um número variável de profissionais conforme as condições da instituição mantenedora. Há necessidade no entanto de ter uma equipe básica de profissionais que são indispensáveis no atendimento domiciliário. São fundamentais: médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social. O relacionamento entre os profissionais da equipe deve ser de cooperação entre si, preservando-se o desempenho de cada um na sua área específica, estando esses limites muitas vezes sobrepostos necessitando de uma observância constante por parte de cada integrante.

Na Fig. 56.2, as intersecções observadas representam graficamente a integração e interação entre os diversos profissionais que constituem o fundamento básico da interdisciplinaridade/interprofissionalidade. Mantendo desta forma condutas coerentes e adicionais, com uma visão global do paciente.

Dinâmica da Equipe Interdisciplinar

A equipe interdisciplinar deve trabalhar de uma forma muito ativa e coesa, com uma visão de indivisibilidade do paciente, no qual todos seus membros atuam conjuntamente com um único objetivo que é o bem-estar deste, fazendo com que cada profissional não seja o único, mas sim participante de um conjunto, que tem como princípio básico a interação de todos seus componentes.

A harmonia, portanto, no relacionamento entre os profissionais é indispensável, contribuindo para um equilíbrio emocional sustentável, trazendo mais prazer e satisfação nas suas atribuições específicas, favorecendo melhores decisões na equipe.

Para que isto ocorra, é necessário que os profissionais envolvidos realmente acreditem no trabalho em grupo, saibam compartilhar as vitórias e derrotas, fazendo com que a sua alegria seja de todos, promovendo um crescimento mútuo, evitando a autopromoção, esta sim prejudicial à evolução da equipe. A troca de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

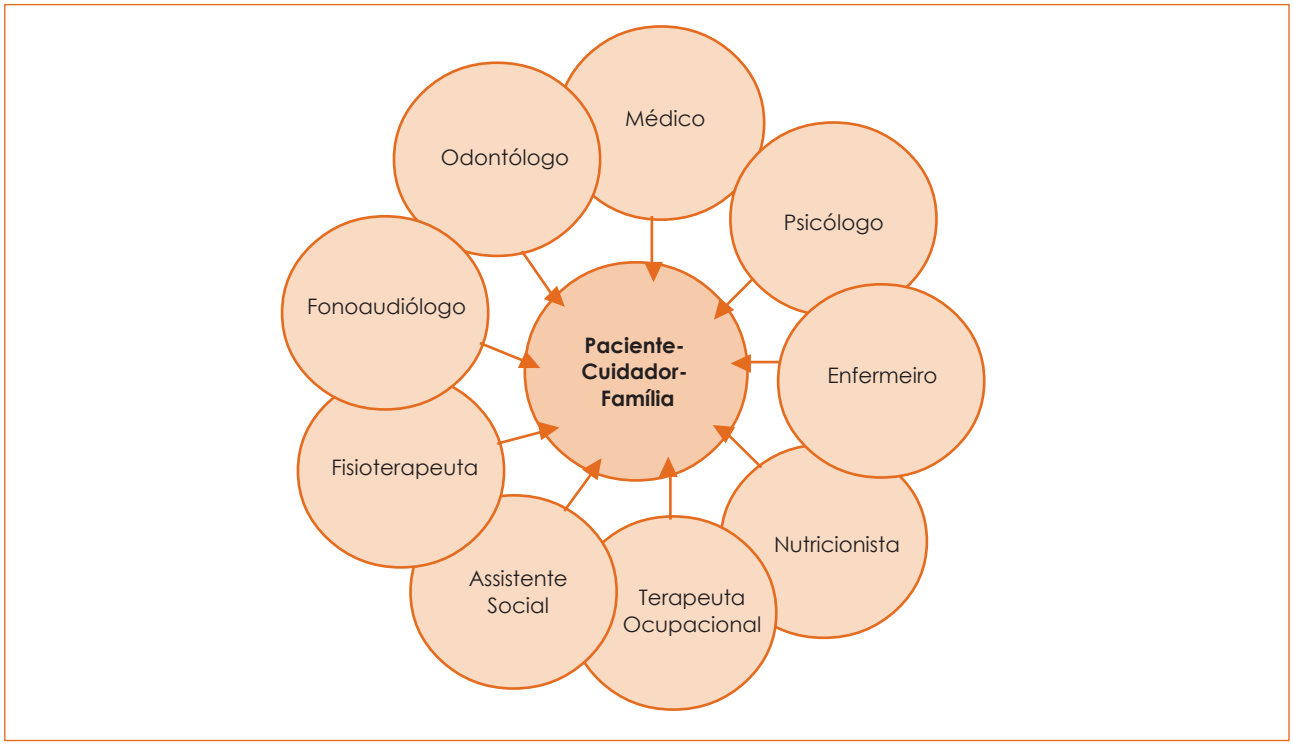


Fig. 56.2 Interdisciplinaridade/interprofissionalidade.[3]

experiências e ajuda entre os profissionais pode ser feita de uma maneira formal, através de reuniões ou informalmente em encontros casuais.

A visita domiciliária segue vários padrões em seu atendimento de acordo com o serviço em exercício. Em alguns casos, o profissional realiza a visita sozinho, em dupla, ou em conjuntos maiores. Deve-se ter o cuidado na quantidade de informações que são transmitidas ao paciente e principalmente ao cuidador e à família, levando-se em conta o nível sociocultural, para que estes possam absorvê-las o máximo possível. Quando as visitas são realizadas em duplas, é recomendado que estas sejam realizadas com especialidades afins, tais como médico e enfermeiro; nutricionista e fonoaudiólogo; fisioterapeuta e terapeuta ocupacional etc. Porém, o mais importante é que o trabalho individual seja respeitado e interligado entre os profissionais, acarretando um somatório de idéias que no final trará uma grande colaboração na resolução dos problemas.

Os profissionais deverão estar sempre informados através do prontuário sobre as condutas dos demais membros da equipe, para que se possa cobrar e reforçar a importância de todos os procedimentos, e também mostrando que a equipe trabalha de uma forma interligada, reafirmando a integração da equipe.

Relação entre Paciente e Profissional

O profissional, quando diante do paciente, deve saber respeitá-lo e entendê-lo, proporcionando um relacionamento que deve ser exercido com muita honestidade e clareza para que o doente não tenha dúvidas sobre a sua situação de saúde. O profissional deverá informá-lo qual o seu problema e discorrer sobre as facetas de sua doença, tratamento e prognóstico. Quanto maior o esclarecimento, mais fácil será a sua adesão ao tratamento.

É importante fazer o paciente perceber que ele é o maior responsável pelo seu sucesso e que o profissional é o coadjuvante; este está lá para informá-lo e instruí-lo sobre os recursos necessários.

O profissional deve estar ciente que o paciente domiciliário é muito frágil, com grau variado de dependência e alto nível de intercorrências, estando sempre muito alerta para qualquer mudança no estado geral.

Relação entre Paciente, Cuidador e Profissional

Primeiramente deve-se refletir sobre cuidador ou cuidadores. Segundo Duarte[4], denomina-se "cuida-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dor informal" o elemento da família do idoso ou a esta relacionado, sem a necessária informação específica, que passa a ser o responsável pelo desenvolvimento das ações cuidativas, relativas às demandas de cuidados emanados por este doente. Estas atividades são, geralmente, exercidas de forma contínua, com substituições deficitárias e com pouca ou praticamente nenhuma remuneração. Já o "cuidador formal" compreende o elemento contratado pelo idoso e/ou por sua família para exercer tais ações cuidativas.

A percepção da equipe mediante o cuidador, é que este se multiplique e que toda a família passe a ser responsável pelo paciente, constituindo uma família cuidadora, dividindo as obrigações eqüitativamente para que todos tenham a oportunidade e o direito à liberdade de vida. Assinale-se a importância de o paciente ter a possibilidade de desfrutar do cuidado e do carinho dos seus familiares, melhorando sua auto-estima.

Os familiares devem ser alertados em relação às suas responsabilidades, e a equipe que assiste o doente deve ter uma participação ativa frente qualquer postura da família que venha a prejudicar as condições de saúde do paciente. Como já assinalado, o relacionamento entre profissional, cuidador e família é fundamental na adesão ao tratamento.

Relação entre Profissional, Paciente, Cuidador e Família

A equipe interdisciplinar é composta por vários profissionais, com idéias diferentes, cada um com suas características próprias, suas vivências, ambições e formação profissional específica, vendo o paciente sob o seu prisma de visão.

É uma experiência muito rica participar de uma equipe com estas características, na qual ocorre uma troca muito intensa de experiências, em que os profissionais têm a oportunidade de conviver intimamente com o trabalho do outro podendo desta maneira ampliar sua visão diante do trinômio paciente-cuidador-família.

Com esta interação entre os profissionais da equipe, é possível ter uma visão holística do paciente, pois, desta forma, percebe-se a necessidade de um pensamento único em relação às necessidades do doente. Se não existir esta coerência, estarão trabalhando juntos, porém completamente desvinculados em relação às condutas, criando um campo inadequado de ação.

A partir desta coesão da equipe, pode-se pensar no inter-relacionamento com o paciente e a família cuidadora. "Único olhar, única fala e única conduta", este ponto é fundamental, sobre o qual se tem um consenso em relação ao diagnóstico real e situacional do doente, assim faz-se um planejamento articulado do tratamento, com níveis de resultados superiores à conduta isolada.

O bom relacionamento da equipe depende destas nuances, e é esta base que conduz a uma maior segurança e credibilidade do paciente e da família cuidadora em relação à equipe.

A expectativa da equipe diante do paciente e da família deve ser coerente com a realidade biopsicossocial destes, evitando cobranças impróprias que interferem na adesão às orientações, não contribuindo para um resultado favorável. A conduta da equipe deve ser explicita, mostrando qual o diagnóstico situacional, as possibilidades existentes para a solução dos problemas, as limitações da equipe, para que, em conjunto, possam adequar um caminho mais satisfatório e eficaz.

A interdisciplinaridade se estende a paciente-cuidador-família, pois a sua história, os seus costumes, hábitos e visão de vida são fatores que determinarão qual a abordagem mais adequada ao problema em questão. Equipe, paciente, cuidador e família são colaboradores que trabalham juntos e conseguem chegar a um resultado condizente com a realidade e, portanto, eficiente.

Esta visão, não invasiva e sim colaborativa, deve ser enfatizada perante a família, pois promove a adesão ao tratamento trazendo melhores resultados, com menor desgaste para ambas as partes, tornando o relacionamento agradável.

Atribuições Específicas de Cada Profissional

Médico

O médico que presta assistência no domicílio, necessita ter conhecimento na área de geriatria e gerontologia, pois, vai lidar com pacientes em sua grande maioria pertencentes a uma faixa etária avançada e com alto grau de dependência.

Na avaliação do paciente, é importante averiguar sua situação socioeconômica, que muitas vezes determina a limitação de opções para um bom desempenho no tratamento deste. O contexto familiar também determina qual o empenho da família em solucionar os problemas que surgem. Muitas vezes, o paciente é mantido com cuidados básicos sem qualquer investimento na sua reabilitação. E, principalmente, avaliar o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

seu estado físico e mental, que determina a verdadeira situação do paciente e as condutas a serem adotadas.

A anamnese muitas vezes não é possível de ser realizada diretamente com o paciente, devido às alterações de cognição que se acham presentes, por exemplo, na demência vascular, na doença de Alzheimer e, também, nas alterações de fala que ocorrem em portadores de seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE) utilizando-se das informações relatadas pelo cuidador e família.

Na seqüência realiza-se o exame físico que deve ser o mais completo possível, examinando-se todos os sistemas e detectando-se o que se encontra preservado e o que está comprometido.

Na avaliação também se inclui o espaço físico em que este vive, observando se o meio é adequado e permite ao paciente possibilidades para o desempenho das suas AVDs.

Com estes dados, fica mais fácil chegar a um diagnóstico e prescrever um tratamento mais condizente com a realidade do paciente.

Deve-se também averiguar sobre a saúde física e mental do cuidador, pois é necessário que este se mantenha íntegro para ajudar o paciente juntamente com a família.

Fonoaudiólogo

A atuação fonoaudiológica do idoso abrange a audição, a comunicação e alimentação.

No atendimento domiciliário tem-se o privilégio de se trabalhar conjuntamente com o ambiente físico, emocional e familiar do paciente, observando as atitudes facilitadoras ou dificultadoras da comunicação, o modo adequado no preparo das refeições, mastigação, deglutição, entre outros.

Estudos existentes sobre os efeitos do envelhecimento no processo da deglutição, são inconclusivos. As disfagias observadas são decorrentes de doenças, principalmente as neurológicas, tais como: AVEs, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, entre outras.

O objetivo da avaliação clínica da disfagia, é fornecer informação que irá auxiliar o clínico no planejamento de técnicas e condutas terapêuticas, e também verificar se houve penetração laríngea e aspiração.

Com relação à audição, a presbiacusia, isto é, redução da acuidade auditiva, é uma das alterações mais comuns que aparecem com o envelhecimento. Esta alteração interfere profundamente na comunicação, levando a alterações psicológicas, tais como depressão, raiva, irritabilidade, isolamento social. E, quando necessária a indicação do aparelho auditivo, deve-se levar em conta a motivação do paciente, como expectativa em relação à reabilitação das habilidades funcionais, aspirações e necessidades individuais de protetização e, por último, o custo/benefício.

Pode-se observar ainda na fala o comprometimento de aspectos lingüísticos específicos em níveis fonológicos, morfossintático, semântico-lexical e semântico-pragmático. Comunicação não-verbal, gestos e mímica facial, são utilizados como alternativas de comunicação.

Enfermeiro

A enfermagem tem um papel fundamental em relação aos cuidados prestados ao idoso, principalmente quando se trata de assistência em domicílio. Compete ao enfermeiro nas áreas de geriatria e gerontologia as atividades relacionadas à educação, cuidados ou assistência direta, assessoria, planejamento e coordenação de serviços, além de orientação e avaliação destas atividades.

Com relação à assistência domiciliária, o profissional atua na prevenção, recuperação e reabilitação, tendo como objetivo maior a autonomia e a independência do paciente idoso em seu ambiente e como instrumento de trabalho a orientação e educação do paciente, cuidador e família, e execução de técnicas específicas. Para tanto, é importante fazer reuniões com os cuidadores a fim de transmitir-lhes técnicas que facilitem a rotina de cuidados, contatos por telefone para esclarecimento de dúvidas, e visitas previamente planejadas de acordo com a necessidade de cada paciente.

Os cuidados de enfermagem abrangem principalmente as conseqüências das síndromes de imobilidade, como na prevenção de úlceras por pressão, que uma vez instaladas são de difícil recuperação, nas condições de incontinência urinária, instabilidade postural e riscos de quedas, também avalia o paciente e todo contexto a ele relacionado quanto aos critérios de admissão e alta do serviço. Portanto, a tentativa de manter o idoso independente em suas ABVDs é fundamental, ele pode tornar-se totalmente dependente do serviço de enfermagem e no caso da assistência domiciliária, do cuidador.

Para a enfermagem, que desempenha um papel tão importante na assistência domiciliária, urge resgatar sua função, principalmente no serviço público de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

saúde, para que possa dedicar-se aos cuidados no nível de assistência primária no domicílio, particularmente no atendimento da população idosa mais carente e fragilizada[7].

Psicólogo

O papel do psicólogo na assistência domiciliária é fundamental na manutenção do equilíbrio emocional do paciente, cuidador e família, o que poderá ser obtido através da observação, análise e interpretação psicodinâmica do paciente, cuidador e família.

A avaliação e o planejamento psicológicos do paciente idoso devem ser elaborados com o objetivo de abranger a saúde mental deste e também no sentido de complementar a avaliação de outras áreas profissionais, fornecendo uma visão mais complexa e contextualizada da pessoa idosa. Esta abordagem integrada, em que os recursos e as informações são compartilhados, deve ser o objetivo de cada membro da equipe, pois este comportamento contribui de forma positiva nos resultados.

É necessário informar-se sobre a história do paciente anteriormente ao seu estado de dependência, o que muitas vezes justifica as atitudes da família em relação ao doente. Muitas vezes é possível observar abandono, maus-tratos ou mesmo seu isolamento dentro de casa, não se observando disposição da família na reabilitação do indivíduo dependente.

A ligação entre cuidador, família e paciente pode tornar-se muito estreita quando este é dependente, criando-se, dessa forma, um vínculo muito forte e uma doação maior do cuidador e da família, acarretando mudanças radicais no seu modo de viver, o que pode desencadear uma cascata de sentimentos, que necessitam ser trabalhados.

É ainda tarefa do psicólogo definir o papel de cada um junto ao doente, cuidador e família, dividindo responsabilidades, criando um trabalho em equipe solidário, proporcionando assim um relacionamento saudável.

Outro aspecto que deve ser esclarecido é referente à evolução natural da doença, promovendo a compreensão e aceitação, evitando falsas expectativas em relação à recuperação o doente.

Terapeuta Ocupacional

O terapeuta ocupacional (TO) está longe de ser um profissional que mantém o paciente distraído, ocupado. A terapia ocupacional reúne tecnologias orientadas em atividades para a emancipação e autonomia de pessoas que se encontram temporária ou definitivamente com dificuldade na área física, sensorial, psicológica, mental ou social.

Desta maneira o TO pode atuar na prevenção, reabilitação e adaptação das funções. O objetivo principal é manter o indivíduo mais ativo e independente possível, restaurando, mantendo e melhorando o *status* ocupacional e prevenindo futuras perdas funcionais.

Na avaliação da capacidade funcional do indivíduo e para traçar as estratégias terapêuticas são utilizados procedimentos padronizados do desempenho de acordo com a faixa etária, nível cultural etc, que incluem: protocolos, escalas de anotação e questionários.

Outras ferramentas usadas pelo TO incluem a análise e treinamento das ABVDs, desenho, fabricação e aplicação de *splints*; análise, seleção e uso de equipamentos de auto-ajuda; jogos, artesanatos, adaptações de locais e mobiliário.

Estas atividades, quando aplicadas em nível domiciliário, utilizam-se de recursos disponíveis no local, favorecendo a adaptação e conforto do paciente ao seu ambiente, por exemplo, orientando a família quanto ao posicionamento do paciente na cama, cadeira etc., evitando-se posições viciosas que favorecem as atrofias, além de prática de atividades prazerosas que estimulam a recuperação do órgão comprometido.

Fisioterapeuta

A fisioterapia, assim como as outras áreas, também atua em nível primário, secundário e terciário ou de reabilitação das capacidades motoras e funcionais de pacientes acometidos por tais limitações.

Em nível primário, a fisioterapia visa preservar a função motora, além de retardar a instalação de incapacidades. No domicílio esta atuação engloba trabalhos educativos junto aos idosos, cuidadores e familiares.

A cinesioterapia, utilizada em nível secundário, associada a outros recursos, como a hidroterapia, aborda disfunções decorrentes de comprometimentos ortopédicos, respiratórios, neurológicos, reumatológicos, cardiovasculares etc., através de técnicas não-invasivas.

Em nível terciário ou de reabilitação, utiliza-se de orientação e treinamento das habilidades motoras como treinamentos funcionais, de marcha e equilíbrio, visando à independência do idoso pelo maior tempo possível.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Na assistência domiciliária, o fisioterapeuta atua em todos os níveis; para tanto, há a necessidade de adesão do cuidador e da família ao tratamento que exige tempo, paciência e deve ser constante, a fim de evitar as "síndromes do desuso", atrofias e outras disfunções, mantendo a qualidade de vida do paciente idoso.

Nutricionista

A avaliação nutricional é indispensável ao tratamento do paciente pois, sem o devido aporte calórico, o tratamento não será eficaz. A avaliação do nutricionista possibilita identificar precocemente indivíduos em risco nutricional de doenças crônicas e estabelecer programas de intervenção para redução destes riscos. Os programas de prevenção secundária permitem a detecção precoce e o tratamento das doenças como desnutrição e hipertensão.

A desnutrição protéico-calórica é mais prevalente em pacientes idosos com doenças crônicas, que residem sozinhos ou que apresentam baixa renda. A reabilitação nutricional deve enfocar as formas de má alimentação, a desnutrição e a obesidade que podem ser resultantes de desequilíbrio energético, que causam prejuízos às vezes irreversíveis à saúde de indivíduos idosos. Além da avaliação dietética e clínica, o nutricionista utiliza-se de medidas antropométricas, entre as quais a da prega cutânea tricipital e subescapular, que estimam reservas de gordura corporal.

No domicílio, o nutricionista é freqüentemente solicitado para avaliar pacientes diabéticos, hipertensos, com dislipidemia que são acometidos por ganho ou perda de peso importante. Este profissional trabalha educando o paciente, o cuidador e a família, oferecendo opções de dieta de acordo com a individualidade de cada paciente.

Assistente Social

A observação dos aspectos sociais feita pelo assistente social é mais completa e elucidativa do que quando realizada por outros componentes da equipe, em relação aos encaminhamentos necessários para cada caso. De acordo com Queiroz e Lemos[16], o objeto do serviço social é a detecção e solução de problemas, necessidades, interesses e dificuldades que se expressam em nível microssocial, atingindo pessoas individualmente, grupos sociais e comunidades. Seu objetivo é, portanto, prestar assistência às situações problemáticas, mas também promover a prevenção de problemas sociais, reabilitação e re-inserção social, quando possível, do idoso que se encontra em seu domicílio.

No serviço de assistência domiciliária, é fundamental a avaliação do assistente social aos pacientes para admissão, permanência e desligamento do serviço. Este avalia, orienta e encaminha o paciente, o cuidador e a família de acordo com a necessidade de cada um no que diz respeito aos aspectos socioeconômicos, benefícios, tutela e interdição, direcionando e promovendo segurança aos mesmos.

Odontólogo

A avaliação odontológica é mais uma importante contribuição para a assistência domiciliária, pois a saúde bucal interfere profundamente no bem-estar geral do indivíduo, uma vez que a boca é uma porta de entrada para o organismo; além disso, a existência de dentes proporciona uma maior liberdade na escolha de alimentos, sendo os sólidos incapazes de serem mastigados pelos edentados, limitando-os a dietas pastosas e líquidas. Atua também na fala, alterando a pronuncia das palavras, além de ser um fator de isolamento social.

Faz-se fundamental nos dias de hoje o atendimento domiciliário pelo odontólogo, o que indiscutivelmente traz segurança, conforto e maior qualidade de vida ao paciente idoso. Desta forma, pode-se diagnosticar precocemente os problemas e riscos do paciente idoso.

Na anamnese, é importante a investigação de doenças sistêmicas, tais como doença de Parkinson, que pode impossibilitar o paciente de manter a boca aberta por tempo prolongado; o AVE, que provoca a retenção de restos alimentares entre os dentes e a bochecha, entre outros. Outro ponto importante é o uso de medicamentos, como antidepressivos, anti-histamínicos e anticolinérgicos que causam diminuição no fluxo salivar.

Os procedimentos odontológicos em nível domiciliário são muito variados, abrangendo desde a prevenção, que inclui higiene oral, com adaptações para escova e uso de fio dental, raspagem de tártaros, restauração, cirurgias periodontais, exodontia, reembasamento e confecção de próteses dentárias. A execução de tais procedimentos depende das condições em que se encontram os pacientes, necessitando às vezes de que eles sejam encaminhados ao centro cirúrgico para uma maior comodidade e segurança.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Bibliografia

1. Alves C. Humildade. In: Fazenda I (org.). Dicionário em construção: Interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2001. p.64
2. Berger L. Mailloux-Poirier D. Pessoas idosas – uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta; 1995.
3. Diogo MJD, Duarte YAO. Cuidados em Domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV, Py L, Neri AL et al. (orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 765.
4. Duarte, YAO. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. O mundo da saúde; 1997; 21 (4): 1997.
5. Duarte YAO, Barros TR. Refletindo sobre a construção de uma relação de ajuda.In: Diogo MJD, Duarte YAO (orgs.). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 94.
6. Garcez–Leme LE, Cavalcante Y. In: Papaléo Neto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
7. Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriátrica: conceito e prática. In: Freitas EV, Py L, Neri AL et al. (orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 761. 2002.
8. Grucione AA, Cullen KE, O'Sullivan SB.Avaliação funcional. In: O'Sullivan, Schimitz TJ (eds.). Fisioterapia. 2 ed. São Paulo: Manole; 1993.
9. Jacob Filho W, Sitta MC. Interprofissionalidade. In: Papaléo Netto M (coord.). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; p. 440; 2002.
10. Japiassu H. intredisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
11. Leme LEG. A interprofissionalidade e o contexto familiar. Diogo MJD, Duarte YAO. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 122.
12. Lopes M, Medeiros JL**:** Semiologia médica. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
13. Minayo MC. Interdisciplinaridade uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina Ribeirão Preto; 1991; 24(2): 70-77.
14. Mianayo MC. A interdisciplinaridade no conhecimento e prática da saúde do idoso. "Jornadas" SBGG. Rio de Janeiro: Libbs Farm; 1994. pp. 74-76.
15. Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, Definição do campo e termos básicos. In: Freitas E V, Py L, Néri A L et al. (orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 12.
16. Queiroz ZPV, Lemos NFD. Avaliação pelo assistente social. In Maciel A (org.). Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico. Revinter: Rio de Janeiro; 2002.
17. Vilela EM, Mendes ITM**.** Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-am. Enfermagem; 2003; 11(4):525-31.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

57 Cuidadores de Idosos Dependentes no Contexto Domiciliário

Denise Rodrigues Yuaso

Introdução

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo, comprovado por meio de estudos demográficos e epidemiológicos, tem demonstrado mudanças importantes nos perfis de morbidade e mortalidade. A maior incidência e prevalência de doenças e condições crônicas tem apresentado uma diminuição da capacidade funcional dos idosos e conseqüentemente um aumento da condição de dependência.

Como o agente do cuidado do idoso dependente no domicílio, destaca-se de forma expressiva a figura do denominado "cuidador".

Muitos cuidadores não se reconhecem como tais, ao contrário, vêem suas ações mais como uma extensão das relações pessoais e familiares do que como um papel social distinto.

Neste capítulo iremos abordar os aspectos de quem cuida de idosos dependentes, quem são, quais os tipos, estruturas e natureza do cuidado, o perfil e as funções do cuidador, as diretrizes das políticas públicas sobre cuidadores de idosos e, por fim, um relato de nossa experiência em uma pesquisa sobre os efeitos de um programa de treinamento de cuidadores de idosos dependentes em acompanhamento domiciliário.

Quem São os Cuidadores de Idosos Dependentes

Como as mulheres são mais longevas do que os homens e, em geral, mais novas do que os maridos, a cuidadora familiar preferencialmente é a esposa. Na ausência da esposa, e em segundo lugar na hierarquia do compromisso, vêm os descendentes, ou seja, pertencente a uma geração imediatamente subseqüente à do idoso que recebe os cuidados. A candidata mais provável é a filha mais velha, que com freqüência é de meia-idade, casada e com filhos jovens; em seguida vem a filha viúva ou solteira.

Nos Estados Unidos, 80% dos cuidados provêm dessas fontes e no Canadá, 94%. Um terço desses cuidadores são únicos, em geral cônjuges idosas, filhas de meia-idade e viúvas. Os dados nacionais confirmam este perfil de cuidadores, sendo uma prática comum entre famílias de diferentes contextos socioculturais delegar a tarefa a uma única pessoa, o que tende a sobrecarregá-la.

Conforme Ramos[21], em estudo sobre os idosos brasileiros, 2% não contam com qualquer ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade, 40% contam com o cônjuge, 35% com a filha e 11% com o filho. Nos domicílios unigeracionais cresce a perspectiva de ajuda do cônjuge (60%), e nos multigeracionais, da filha (56%) e do filho (13%).

O cuidador familiar principal geralmente reside na mesma casa e se incumbe de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias dos idosos dependentes, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos ao cotidiano, como, por exemplo, ida a bancos ou farmácias.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em nossa pesquisa sobre cuidadores, 84% eram mulheres, sendo 38% filhas, 34% esposas, 7% noras e 5% netas, sendo que a maioria tinha idade entre 50 a 79 anos (73%), 79% eram casadas e também a maioria vivia no mesmo domicílio do idoso, confirmando as características de cuidadores de idosos, residindo em domicílios multigeracionais.

Em dados mais atuais sobre cuidadores de idosos, Watanabe e Derntl[27] confirmam novamente que os cuidadores são predominantemente mulheres (79,6%), 39,8% filha ou filho do idoso, 24,1% o cônjuge, 10,8% empregadas domésticas, acumulando a função de também cuidadoras e 6% de pessoas contratadas especificamente como cuidadoras.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, a definição de cuidadores de idosos é: *a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem*.

Tipos e Estruturas do Cuidado ao Idoso

A literatura gerontológica consagrou o uso de termos formal e informal, para designar o tipo de apoio oferecido aos idosos dependentes.

Denomina-se cuidador formal o profissional contratado que possui educação formal, com certificado de instituição de ensino reconhecida por organismos oficiais e que presta assistência profissional ao idoso e/ou família e à comunidade.

O cuidador familiar é o principal agente do sistema de apoio informal, na assistência ao idoso com problemas de saúde no cotidiano domiciliário. O cuidador informal pode ser uma pessoa da família ou mesmo um amigo ou voluntário. O cuidador informal familiar é a pessoa com algum grau de parentesco com o idoso dependente, sem a necessária formação específica, que passa a ser o responsável pelo desenvolvimento das ações relativas às demandas de cuidados do idoso. O cuidador informal voluntário, por sua vez, é a pessoa leiga que desenvolve o cuidado ao idoso dependente sob a responsabilidade e supervisão da família, supondo-se que esta aceita o cuidador por depositar confiança no cuidado prestado.

A pessoa que cuida de idosos nem sempre escolheu ser cuidador. A necessidade de cuidar de um idoso decorre de uma imposição circunstancial mais do que de uma escolha. A figura do cuidador informal emerge de relações familiares, quase sempre fragilizadas pela presença da doença, exigindo severos e profundos "arranjos" na organização e dinâmica intrafamiliares para corresponder às necessidades da pessoa dependente. Comumente, esses cuidadores não contam com conhecimentos prévios e básicos para o desempenho de seu papel, em consonância com as necessidades do idoso funcionalmente dependente, muitas vezes por períodos prolongados. Essa é a realidade que assegura que idosos dependentes continuem vivos. Essa realidade exige reconhecimento por parte dos órgãos públicos de saúde, assistência social e esforços intersetoriais que devem ser feitos para proporcionar um cuidado adequado a idosos dependentes e às pessoas que cuidam deles.

Para Stone, Cafferata e Sangl[26], os cuidadores podem ser classificados em primários e secundários, de acordo com o grau de envolvimento de cada um nos cuidados prestados ao idoso dependente. O cuidador primário ou principal é aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio ao idoso dependente. Deve ser ressaltado que, geralmente, a demanda principal de cuidados recai sobre um único membro da família: o cuidador primário, que acaba por dividir-se entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares. Os cuidadores secundários seriam outros membros da família, voluntários ou profissionais que prestam atividades complementares.

O mais comum é que o cuidador primário desempenhe sozinho as tarefas, sem ajuda de outros familiares ou de profissionais.

Motivos que Levam a Serem Cuidadores

Por Instinto

- Seria o cuidador que assume o papel motivado por impulsos inconscientes que satisfazem a uma necessidade de sobrevivência seja da espécie, da comunidade ou do indivíduo. É a atitude filantrópica.
- Estas manifestações instintivas de cuidado se apresentam semelhantes em indivíduos diferentes, não sendo dependentes de uma relação prévia de afeto.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- São geralmente limitadas em tempo e intensidade, atendendo basicamente à satisfação de leis naturais.

Por Capacidade

- Implica na existência de um cuidador motivado por um preparo técnico para executar tal missão.
- Este preparo pode ter tido um embasamento genérico ou específico e individualizado, e ser resultado de aprendizado técnico-teórico formal ou mesmo baseado na prática prolongada.
- Este tipo de cuidador surge progressivamente em atendimento às leis da demanda.
- Ele é o profissional de vários níveis.
- Sua qualificação dependerá de investimento adequado, baseado nas previsões quanto às demandas de curto, médio e longo prazos.

Por Conjuntura

- Esse cuidador é o que ocupa o espaço nas situações limite, onde há falta de outra opção ou essa opção é fruto de uma imposição conjuntural.
- Ele assume não para atendimento das leis naturais, afetivas ou de demanda que levam em conta o objeto-alvo, mas pelas necessidades secundariamente criadas por questões políticas, econômicas e outras, como a própria falta de outro cuidador mais adequado.
- Seria uma situação de maior desequilíbrio da relação de cuidado, com fácil previsão de resultados pouco satisfatórios e durabilidade dependente de uma medição de forças de pressão entre o cuidador e o paciente.

Por Vontade

- Nesta situação o cuidador assume o papel motivado por uma necessidade de satisfação das próprias emoções, através da relação com o outro.
- Essa relação de troca permite que o cuidador desenvolva a ação com responsabilidade e o paciente aceite, delegando confiança ao cuidador.
- A ação não implica em conhecimento teórico, se manifesta em decorrência de práticas enraizadas culturalmente, podendo ultrapassar o necessário, por perda da noção de limites para a relação, com o surgimento do estado de superproteção, já que a satisfação básica a ser atendida é a motivação do sujeito cuidador.
- Este cuidador surgiria nas relações decorrentes da familiaridade.

Funções do Cuidador Primário

Segundo Gonçalves, Alvarez e Santos[13], estas funções representam a ajuda para as atividades de vida diária, primordialmente:

- ajudar a sair da cama, cadeira e voltar — transferências;
- ajudar no cuidado pessoal: banho, barba, cabelo, unhas, cuidados com as eliminações;
- ajudar na locomoção e mobilização em geral;
- estimular e ajudar na alimentação;
- promover o lazer e recreação;
- promover a comunicação e a socialização;
- estimular a memória e o intelecto de um modo geral;
- estimular e/ou manter o interesse do idoso pelo autodesenvolvimento (espiritualidade, auto-estima);
- estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades laborativas pelo idoso, segundo suas possibilidades e capacidades;
- manter a limpeza e a ordem da casa do quarto do idoso fragilizado, acomodando as dependências, promovendo ambiente seguro e diminuindo os riscos de acidentes;
- assegurar um ambiente confortável para o repouso e o sono reparador diário;
- servir de elo entre o idoso e o médico e/ou serviços de saúde como hospital, emergência, centro de fisioterapia etc., que o idoso costuma freqüentar, tomando as providências necessárias;
- acompanhar o idoso em consultas, exames e hospitalizações;
- prestar cuidados elementares ao idoso em tratamento no domicílio, sob a orientação de profissionais pelos quais o idoso e os familiares são assistidos. Legislação referente a cuidados elementares — Resolução COFEN 186 /95;
- outras a serem negociadas segundo um contexto do cuidador, em conformidade com a pessoa envolvida, a família e a instituição social e/ou de saúde na qual o idoso é assistido.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Perfil do Cuidador

- *Habilidades técnicas*: conhecimento e prática, adquiridos por orientação de profissionais especializados. Esses conhecimentos dão ao cuidador a preparação necessária para que ele possa prestar os serviços de atenção e cuidado ao idoso;
- *Qualidades éticas e morais*: ser digno de confiança, ser capaz de assumir responsabilidades e ter iniciativa. Se não for da família, deve, além disso, procurar adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade e a organização da família, evitando interferência e respeitando as crenças religiosas e políticas do idoso e de seus familiares.
- *Qualidades emocionais*: bom equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreensão dos momentos difíceis vividos pelo idoso, adaptação às mudanças sofridas por ele e pela família, tolerância mediante situações de frustração pessoal.
- *Qualidade físicas e intelectuais*: boa saúde física, incluindo força e energia, necessárias nas situações em que é preciso carregar o idoso ou dar apoio para vesti-lo e cuidar de sua higiene pessoal. Deve ter domínio de leitura e escrita, se possível ter o primeiro grau completo (ensino fundamental), ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem intervenção e tomada de decisões.
- *Motivação*: gostar de idosos e valorizá-los como grupo social, considerando que o "cuidado" deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade.

Natureza do Cuidador Familiar

Na literatura sobre cuidadores domiciliários de idosos dependentes comentada por Barer e Johnson[1], é consenso apenas a característica estressante da atividade de cuidar. Zarit, Reever e Bach-Peterson[32] foram os pioneiros a estudar sistematicamente o ônus físico, social e psicológico vivenciado por cuidadores familiares de idosos demenciados com alto grau de dependência.

A intensidade de ajuda oferecida varia ao longo de um contínuo, dependendo do grau de incapacidade funcional do idoso. O ônus físico, psicológico, social e financeiro que recai sobre o cuidador vai depender do grau de dependência do idoso nesses domínios e do número e da qualidade das necessidades dos idosos, no âmbito do manejo da vida prática e da própria sobrevivência e, também, em parte de fatores subjetivos que presidem a avaliação que os cuidadores fazem da situação de cuidado. Os mais onerosos para o cuidador, do ponto de vista físico e emocional, são os que envolvem a sobrevivência física e os que envolvem o manejo de *déficits* comportamentais e de distúrbios cognitivos.

Para Stephens[25], as atividades desempenhadas por familiares no cuidado de idosos dependentes pertencem a quatro domínios. São eles:

1. proporcionar suporte em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como por exemplo: arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, fazer e receber pagamentos, transportar e acompanhar a visita médica;
2. lidar com dificuldades funcionais associadas a atividades físicas e ao autocuidado do idoso como, por exemplo: tomar banho, alimentar-se, pentear os cabelos, escovar os dentes, transferir-se da cama para a cadeira. Essas atividades são denominadas atividades básicas de vida diária (ABVD) e mantêm uma relação próxima com a maior ou menor autonomia do idoso e as conseqüentes questões emocionais e de perda de auto-estima para ele. Para o cuidador podem demandar mais ou menos sobrecarga física e de tempo, além de conhecimentos e habilidades específicas;
3. atender à necessidade de suporte emocional, por exemplo: fazer companhia, atuar como confidente, conversar sobre questões pessoais e emocionais, compartilhar atividades e ajudar a manter ou reatar laços afetivos;
4. lidar com as pressões psicológicas decorrentes de proporcionar tais cuidados.

As demandas do cuidado atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico. Quando a avaliação familiar ou individual não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o manejo da situação, há uma forte tendência para a desorganização familiar e individual e isso traz conseqüências negativas para o cuidado.

A forma como a família e o cuidador em particular avaliam e manejam essa situação depende de fatores como os recursos pessoais de que dispõem, as redes de apoio formal e informal, as estratégias de enfrentamento para lidar com a situação, qual o significado de cuidar, como manejam o estresse, como buscam o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

conforto emocional, como foi a história pessoal de cada um, quais são suas habilidades para encarar os desafios e as situações novas, e os fatores de personalidade.

Segundo um estudo realizado por Perracini[19] com cuidadores familiares de idosos portadores de comprometimentos físicos e cognitivos intensos, as tarefas consideradas mais difíceis pelos entrevistados foram as de cuidados pessoais, que o cuidador geralmente administra sozinho. Em seguida apareceram as atividades ocasionais para as quais precisa pedir ajuda de um outro familiar.

Em estudo em que traçou o perfil de cuidadores e suas necessidades ao proporcionar apoio a adultos incapacitados, os cuidadores mencionaram que no momento da alta hospitalar do doente, os familiares raramente recebiam informações a respeito da doença e nenhuma orientação ou apoio para a realização dos cuidados após a alta hospitalar do doente. Falaram também sobre o abandono, a falta de recursos no tratamento ambulatorial, a demora para se conseguir as consultas de acompanhamento médico e sobre a demora ainda maior para se conseguir tratamento de reabilitação. Além disso, quando conseguem o recurso, falta transporte adequado para atender às limitações do paciente. Diante de todas essas dificuldades, esses mesmos cuidadores apontaram a necessidade de trocar experiências com outros cuidadores, de aprender com profissionais sobre os cuidados e de obter informações sobre as doenças que acometem seus familiares idosos.

Segundo Watanabe e Derntl[27] o apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais dos idosos no que diz respeito à parceria entre profissionais da saúde e as pessoas responsáveis pelos cuidados aos idosos, é de fundamental importância para a prevenção ou o adiamento da instalação de agravos nos idosos.

Levando em consideração a realidade da sociedade brasileira, na qual os idosos, mesmo saudáveis, normalmente são marginalizados em razão de preconceitos, é possível concluir que os que convivem com incapacidades e dependência, decorrentes de seqüelas, sofrem maiores dificuldades. Eles e suas famílias merecem mais atenção, tanto das autoridades públicas quanto dos profissionais de saúde.

Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)

Portaria n° 1.395/99 – Diretrizes essenciais para o desenvolvimento da PNSI:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- capacitação de recursos humanos especializados;
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- apoio a estudos e pesquisas.

Para o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, esta Portaria esclarece que:

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de Saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de Saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

Dessa parceria, deverão resultar formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. O estabelecimento dessa ação integrada será realizado por meio de orientações a serem prestadas pelos profissionais de Saúde, do intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidar de idoso dependente.

Em 07/04/1999, os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, em consideração à necessidade de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida e a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso, ins-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tituíram a Portaria Interministerial n° 5.153, com o objetivo de criar o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Em 2003, esta Portaria foi reeditada para que fosse apresentada uma proposta de implementação de uma rede formal de apoio, acompanhamento e orientação de cuidadores de idosos.

Treinamento de Cuidadores Familiares de Idosos de Alta Dependência em Acompanhamento Domiciliário. Uma Proposta do Programa de Saúde do Idoso no Município de Guarulhos – SP

O modelo de assistência domiciliária preconiza que, para prestar cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas devem receber esclarecimentos e orientações de profissionais de saúde. Esse apoio técnico deve dizer respeito à natureza da doença com que lidam, a como conduzir os cuidados básicos à saúde física e emocional e ao cumprimento das orientações dos profissionais que acompanham o idoso. Com base nesses pressupostos, foram desenvolvido programas de treinamento de cuidadores familiares de idosos dependentes em acompanhamento domiciliário. Estes programas resultaram em uma pesquisa/dissertação de mestrado, cujo objetivo foi avaliar os efeitos de um programa de treinamento sócio-educacional oferecido a cuidadores de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário, sobre conhecimentos, habilidades e atitudes referentes ao cuidado.

Foi um estudo de natureza quase experimental, compreendendo pré-teste, tratamento, pós-teste e seguimento com um grupo único de cuidadores familiares selecionados por critério de conveniência, que participaram voluntariamente do estudo.

Como o programa de treinamento focalizava aspectos cognitivos (conhecimentos do cuidador quanto à doença), habilidades (execução de determinadas atividades de cuidado) e atitudes (expressas por verbalizações que foram consideradas como indicativas de disposição motivacionais e afetivas para o cuidar), o pré-teste (aplicado antes do treinamento), o pós-teste (aplicado após o treinamento) e o seguimento (aplicado três e seis meses após o treinamento) avaliaram esses aspectos. O tratamento consistiu em um programa educacional (Tabela 57.1) que visava a implementação de conhecimentos e habilidades de cuidar, bem como avaliações e sentimentos em relação ao idoso e ao cuidado.

Tabela 57.1 Programa do Treinamento de Cuidadores

Conteúdo Programático (24hs)
• O processo de envelhecimento e a velhice, doenças mais comuns e o papel do cuidador domiciliário
• Noções básicas de higiene, cuidados com a pele, eliminações e o uso de medicamentos
• Transferências, mobilidade, instabilidade e quedas, adaptações ambientais e dispositivos de ajuda
• Abusos e maus-tratos, relacionamento interpessoal
• Aspectos nutricionais e alimentação do idoso
• Aspectos práticos sobre o aparelho sensório-motor oral do idoso
• Autocuidado do cuidador, orientações sobre os recursos formais e informais e direitos do idoso

O treinamento mostrou-se eficaz logo após o pós-teste, especificamente no que tange o domínio de habilidades especialmente os itens de higiene pessoal, mobilidade e transferências. Seus efeitos se mantiveram e se ampliaram nos seguimentos; o que demonstrou indicador de eficácia do treinamento para promover mudanças relativamente duradouras e para estimular os sujeitos a continuarem seu processo de auto-aprendizagem. Nos demais domínios conhecimento e atitudes também foi observada melhora significativa no sentimento com relação a tarefa de cuidar, uma maior importância ao autocuidado do cuidador e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de cuidados prestados ao idoso dependente.

Referências Bibliográficas

1. Barer BM, Johnson CL. A critique of caregiving literature. The Gerontologist; 1990; 30 (1): 26-9.
2. Beach DL. Gerontological caregiving: analysis of family experience. Journal of Gerontological Nursing; 1993; 19(12): 35-41.
3. Bloom BS. Taxonomia de los objectivos de la educacion. La classificacion de lãs metas educacionales. 3 ed. Buenos Aires. Editora el Ateneo; 1973; 364.
4. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública; 2003; 773:781.
5. Catanach L, Tebes JK. The Nature of elder impairment and its impact on family caregiver's health and psychosocial functioning. The Gerontologist; 1991; 31(2): 246-255.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

6. Cerqueira ATA, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Rev Psicol USP; 2002; 133:150.
7. Choi H. Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden of the impaired elderly in South Korea. The Gerontologist; 1993; 33(1):8-15.
8. Creutzberg M. Tratar mais a pessoa idosa, sobretudo a que está acamada: subsídios para o cuidador domiciliar. O Mundo da Saúde; 2000; 298:304.
9. D'Angelo AM. Effectily managing the elderly client in the community. In: Zang S, Allender JA (eds.). Home care of the elderly. Lippincott. Filadélfia, New York, Baltimore; 1999. p. 16.
10. Diário Oficial da União. Política Nacional de Saúde do Idoso. Ministério da Saúde, portaria nº 1395, 03/12/1999.
11. Duarte YAO, Lebrão ML. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. O Mundo da Saúde; 2005.
12. Gatz M, Questions that aging puts to preventionists. In: Bond A, Cutler SJ, Grams A (eds.). Promoting successful and productive aging. Thousand Oaks: SAGE; 1995.
13. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte YAO, Diogo MJD (orgs.). Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.102.
14. Karsch UMS (org.). Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
15. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública; 2003; 861:866.
16. Leal MGS. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. A Terceira Idade; 2000; 20:19-29.
17. Neri AL. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: Neri AL (org). Qualidade de vida e idade madura. Papirus. Campinas; 1993. p. 237.
18. Papaléo Netto M, Yuaso DR, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. Bioética e Longevidade Humana. Edições Loyola; 2006; 259-286.
19. Perracini MR. Análise multimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. UNICAMP; 1994.
20. Poole B. Caregiving and stress. In: International course on public health implicationson aging. London; 1992.
21. Ramos LR. A explosão demográfica na terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. Gerontogia; 1993; 1(1): 3.
22. Rosa TE, Benicio MH, Latorre MR, Ramos LR. Determinant factors of functional status among the elderly. Rev Saúde Pública; 2003; 37(1):40-48.
23. Silva EBN, Neri AL. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: Neri AL (org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993. p. 213.
24. Silva MJP, Gimenes OMPV. Eu – O cuidador. O Mundo da Saúde; 2000; 306:310.
25. Stephens MA, Franks MM. Intergenerational relationships in later-life families: adult daughters and sons as caregivers to aging parents. In: Cavanaugh JC, Whitbourne SK (eds.). Gerontology: an interdisciplinary perspective. New York: Oxford University Press; 1999.
26. Stephens MAP. Social relationships as coping resources resources in later-life families. In: Stephens et al. (eds.). Stress and coping in later-life families. Washington, D.C.: Hemisphere; 1990.
27. Stone RJ, Murtaugh CM. The elderly population with chronic functional disability: implications for home care eligibility. The Gerontologist; 1990. p. 491.
28. Watanabe HAW, Derntl A. Cuidadores de idosos: uma experiência em Unidade Básica de Saúde – Projeto CapacIDADE. O Mundo da Saúde; 2005; 29(4): 639-644.
29. Yuaso DR. Treinamento de cuidadores de idosos. In: Neri AL (org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Alínea; 2001. p. 163.
30. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJD (orgs.). Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 565.
31. Yuaso DR. Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. UNICAMP; 2000.
32. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist; 1980; 20: 649.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

58 Atenção Farmacêutica

Maristela Ferreira Catão Carvalho
Graziela Luppi
Maurício Pardo dos Reis

Introdução

Dados brasileiros mostram que a proporção de idosos na população total tem aumentado progressivamente nos últimos 100 anos, especialmente a partir da década de 1970, em contraposição ao decréscimo porcentual que corresponde ao segmento de menores de 15 anos de idade. Acompanhando essa tendência, os gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) estão se concentrando cada vez mais no atendimento de idosos. As afecções crônicas e as doenças degenerativas levam a uma maior demanda por medicamentos. Nos Estados Unidos pacientes com mais de 65 anos, representando 13% da população, consomem aproximadamente 30% de toda prescrição medicamentosa do país. Dados semelhantes são observadas na Inglaterra, onde, para uma população idosa de aproximadamente 17%, o consumo de medicamento é também de aproximadamente 30%.

Nos Estados Unidos foi observado que pacientes idosos hospitalizados recebiam em média dez drogas diferentes.

É comum encontrar, nas prescrições aos idosos, além de administração incorreta de medicamentos, indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações, uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica (redundância) e medicamentos sem valor terapêutico, podendo correr o risco de desenvolver reações adversas.

Outra questão importante é a existência não rara de problemas "não médicos" como solidão, pobreza, maus-tratos. Isso leva à piora do quadro do idoso e se torna um obstáculo na aderência ao tratamento.

Diante desses dados e do conhecimento adquirido em geriatria e gerontologia, particularmente nos últimos anos, não se discute mais a necessidade e a importância de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar ao paciente idoso, que tem como um dos pontos mais relevantes nestes pacientes a aderência terapêutica ao tratamento medicamentoso e suas particularidades. Surge, então, neste contexto e torna-se de suma importância a atuação do profissional farmacêutico.

Atenção Farmacêutica X Assistência Farmacêutica

Os farmacêuticos, ao se conscientizarem de que sua intervenção melhoraria a qualidade de vida dos pacientes, colocaram em prática o exercício profissional de atenção farmacêutica (*Pharmaceutical Care*), sendo um movimento que se iniciou nos Estados Unidos na década de 1980. Isto vem ocorrendo em conseqüência das mudanças que vinham surgindo com a farmácia clínica, a qual propôs a introdução da prestação de serviços farmacêuticos orientados ao paciente.

A atenção farmacêutica é definida, de acordo com a Resolução nº 338/04 do Conselho Nacional de Saú-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de, como: "Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica." Ela compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde".

Na atenção farmacêutica, o profissional farmacêutico possui um envolvimento que vai além do ajudar, garantindo assim o sucesso do tratamento, a melhoria da qualidade de vida do paciente e, ainda, contribuindo para que todo o esforço e custo empregados desde a pesquisa até a comercialização do fármaco não sejam perdidos.

Desta forma podemos diferenciar a atenção farmacêutica da assistência farmacêutica, na qual a última possui um conceito mais amplo, sendo um conjunto de ações que vai desde o desenvolvimento do medicamento até seu acompanhamento e avaliação de sua utilização no mercado.

Seguimento Farmacoterapêutico

Este é um componente da atenção farmacêutica, na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos por ele utilizados com o objetivo de:

- buscar a máxima efetividade de adesão ao tratamento;
- diminuir os riscos associados ao uso dos medicamentos, melhorando a segurança da farmacoterapia;
- contribuir com a racionalização do uso dos medicamentos;
- melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Isto se realiza através do monitoramento da farmacoterapia do paciente, mediante a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), de forma sistemática, contínua e documentada. O objetivo é contribuir para o êxito da farmacoterapia e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida do doente.

Problemas Relacionados com Medicamentos

Num estudo realizado na Espanha com mais de 2.500 doentes, analisou-se a prevalência de problemas relacionados com medicamentos (PRM) como motivo de recurso ao serviço de urgência, tendo sido constatado que um em cada três doentes recorria às urgências por este motivo.

Nos Estados Unidos está estabelecido que os PRMs estão entre a quarta e sexta causas de morte hospitalar, estando acima do diabetes e da pneumonia, com custo anual que varia entre 30 e 130 bilhões de dólares.

A primeira classificação de PRM foi feita por Hepler e Strand[21], em 1990, classificando-o em oito categorias sem critérios de agrupamento. Em 1998 uma parte dos mesmos autores muda para sete categorias agrupadas em quatro necessidades, relacionadas com a farmacoterapia, e que são: indicação, efetividade, segurança e cumprimento. O Primeiro Consenso de Granada, na Espanha em 1998, baseou-se no trabalho de Toledo, no qual o PRM é classificado em seis categorias, agrupadas em três subcategorias: indicação, efetividade e segurança. O Segundo Consenso de Granada, em 2002, redefine e reclassifica as categorias em necessidade, efetividade e segurança, nas quais o PRM é visto como um resultado clínico negativo a partir da utilização do medicamento. Nesse mesmo consenso foi adotada a definição de PRMs como: "problemas relacionados com medicamentos, que são problemas de saúde, entendidos como resultado clínico negativo, derivados ao tratamento farmacológica que, produzidos por diversas causas, tem como conseqüência, o não alcance do objetivo terapêutico ou o aparecimento de efeitos indesejáveis."

O PRM só pode ser real quando é manifestado e ocasionado por diversas causas, tais como: relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos biopsicossociais, aos profissionais de saúde e ao paciente. No idoso estas causas estão principalmente relacionadas com a polifarmácia.

Polifarmácia

A polifarmácia apresenta definição quantitativa mais comum como a prescrição de quatro ou mais medicamentos, e definição qualitativa como a prescrição, administração ou uso de mais medicamentos do que está clinicamente indicado ao paciente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em países desenvolvidos o consumo de drogas por pessoas acima de 65 anos é de 25% a 50% do total de drogas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

consumidas e, conseqüentemente, a presença de múltiplas doenças no idoso geralmente leva à polifarmácia.

Os Fatores que Contribuem para Polifarmácia

Os fatores que contribuem para a polifarmácia são os que se seguem:

Idade Avançada

Diversas mudanças no processo de envelhecimento comprometem ações de alguns medicamentos, sendo às vezes bem graves para essa faixa etária. Na Tabela 58.1 pode-se observar os tipos de alterações fisiológicas que ocorrem e as possíveis influências sobre os efeitos das drogas.

Sintomas e Múltiplas Doenças

Ocorre quando um paciente que usa, por exemplo, propranolol e procura um serviço de saúde mental devido à presença de sintomas depressivos, ansiedade e insônia, poderá inadequadamente ter prescrito antidepressivo, ansiolítico e hipnótico, quando a primeira opção seria trocar o propranolol por outro antihipertensivo, uma vez que os sintomas relatados podem ser efeitos colaterais do propranolol.

Consulta a Diferentes Especialidades Médicas

Ocorre, por exemplo, quando o paciente cardiopata é examinado pelo cardiologista que lhe prescreve propranolol, e o doente não adverte que está usando atenolol, prescrito pelo seu geriatra, fazendo com que o mesmo utilize dois α bloqueadores sem necessidade.

Dificuldade de Expor os Sintomas que Vem Apresentando Relacionados com a Medicação

Ocorre por exemplo, quando o paciente pode estar apresentando intoxicação por fluconazol, por ter to-

Tabela 58.1 Relação entre as Alterações Fisiológicas e Sua Possível Influência sobre o Efeito das Drogas

Propriedade Farmacocinéticas	*Alteração Fisiológica*	*Possível Influência sobre o Efeito das Drogas*
Absorção	↓ pH gástrico	Aumento da absorção de drogas inativadas pelo ácido gástrico
	↓ Superfície de absorção	Efeito insignificante
	↓ Fluxo sanguíneo	Efeito insignificante
	↓ Motilidade gastrintestinal	Efeito insignificante
Distribuição	↓ Débito cardíaco	Redução da liberação das drogas para os órgãos de eliminação; maiores efeitos agudos sobre o sistema nervoso central
	↓ Água corporal total	Aumento da concentração e efeito das drogas distribuídas na água corporal
	↓ Massa corporal magra	Aumento da concentração e efeito das drogas distribuídas na massa corporal magra
	↓ Albumina plasmática	Aumento do efeito das drogas com ligação à albumina e interação entre as mesmas
	↑ Glicoproteína a_1 ácida	Efeito insignificante
	↑ Gordura corporal	Aumento do seqüestro das drogas lipofílicas na gordura
Metabolismo	↓ Massa hepática	Diminuição do metabolismo da fase I de algumas drogas
	↓ Fluxo sanguíneo hepático	Diminuição do metabolismo das drogas que normalmente sofrem rápida depuração pelo fígado
Excreção	↓ Fluxo sanguíneo renal	Diminuição da eliminação renal das drogas e metabólitos hidrossolúveis
	↓ Taxa de filtração glomerular	Diminuição da excreção renal das drogas e metabólitos hidrossolúveis
	↓ Secreção tubular	Diminuição da eliminação renal das drogas e metabólitos ativamente secretados na urina

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mado um comprimido ao dia em dez dias em vez de um comprimido por semana em dez semanas, porém relata ao médico que está apresentando alergia a produtos de limpeza.

Automedicação

Utilização de medicamentos recomendados por familiares e amigos. No estudo feito por Cedeno e col.[10] foi observado que 40% a 60% dos idosos tendem a fazer uso da automedicação. Arrais e col.[3] fizeram um estudo nos balcões de drogarias dos municípios de São Paulo, Fortaleza e Belo Horizonte (n = 4174), notando que 16,29% eram pacientes acima de 55 anos e os motivos que os levaram à automedicação foram 19% por problemas cardiovasculares, 12% dores músculo-esqueléticas e 10% dor de cabeça, entre outros.

Conseqüências da Polifarmácia

A polifarmácia pode acarretar diversas conseqüências que serão expostas a seguir:

Não-aderência ao Tratamento

Segundo o estudo de Rollason e col.[35], conforme aumenta a complexidade da terapêutica farmacológica, cresce a não-aderência ao tratamento, definida como a proporção de drogas que o paciente deixa de tomar sobre a proporção que o médico prescreve. Isto ocorre em 15% dos casos quando o paciente toma um medicamento, 25% quando são dois ou três medicamentos e 35% quando o tratamento inclui quatro ou mais medicamentos. O estudo feito no serviço de urgência do Hospital Universitário de Barcelona (n = 416) mostrou que 29% dos pacientes foram internados por apresentar PRM e, desses, 7,5% devido ao não cumprimento do tratamento. Taylor e col.[40] em seu estudo no Alabama, observaram que as razões mais freqüentes para a não-aderência ao tratamento foram: esquecer como tomar o medicamento, custo, polifarmácia e dificuldade de ler a prescrição. Diaz[14] cita outros fatores relacionados à não-aderência, como fatores técnicos relacionados à apresentação das drogas, dificuldade de deglutição, quantidade diária de medicamento consumido, tipo e sabor da medicação e fatores biológicos referentes à farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que podem levar a efeitos colaterais, reações adversas, efeitos tóxicos e idiossincrásicos.

Reações Adversas a Medicamentos

As reações adversas a medicamento (RAM) têm sua definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "resposta nociva e não intencional ao uso de medicamentos que ocorre em doses normalmente utilizadas em seres humanos para a profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou modificação de função fisiológica".

O paciente idoso tem um risco maior que os jovens de desenvolver reações adversas, devido à polifarmácia, mudanças na farmacodinâmica e farmacocinética das drogas, diminuição do controle da homeostase e da capacidade de armazenamento do fármaco. O estudo descrito pela OMS mostrou que em 18% da população foi observada prevalência de reações adversas quando eram usados até seis medicamentos e em 80% quando eram empregados acima de seis medicamentos. Segundo a OMS, 10% a 20% dos pacientes internados por apresentar problemas geriátricos tiveram reações adversas, e 5% a 12% de tais casos foram a principal causa da internação. As drogas mais responsáveis por essas reações adversas e conseqüentes internações foram os psicotrópicos de todos os tipos, glicosídeos digitálicos, antiinflamatórios não esteroidais e antiparkinsonianos.

As reações adversas a medicamentos devem constar como diagnóstico diferencial em qualquer situação clínica, visto que não é possível diagnosticar uma reação adversa quando não se suspeita que um determinado sintoma possa se tratar de um efeito indesejado do medicamento que o paciente está recebendo.

Iatrogenia

Definida como decorrentes da intervenção do médico e/ou de seus auxiliares, seja ela certa ou errada, justificada ou não, mas da qual resultam conseqüências prejudiciais para a saúde do paciente.

As reações medicamentosas constituem a principal causa de manifestações iatrogênicas em todas as faixas etárias. A iatrogenia relacionada a drogas podem ser evitadas ou reduzidas em sua intensidade quando são consideradas algumas normas da terapêutica geriátrica, ou sejam, diagnóstico correto das afecções, avaliação dos estados nutricionais e as funções hepáticas e renais, emprego da menor dosagem necessária do medicamento e utilização do menor número possível de drogas.

Um exemplo comum de iatrogenia é o uso crônico de antiinflamatório, que corresponde a 5,6% dos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

subgrupos terapêuticos no estudo feito por Arrais e col.[3] Quando utilizado por longo período, pode desenvolver quadros de hipertensão, insuficiência renal, gastrite, entre outros.

Interação Medicamentosa

A interação entre medicamentos ocorre quando um fármaco altera a intensidade dos efeitos farmacológicos de outro fármaco administrado simultaneamente, tendo como resultado aumento, diminuição ou surgimento de efeitos não esperados, quando apenas um fármaco é utilizado.

Há relatos que, quando a prescrição ultrapassa oito medicamentos, o risco de ocorrer interação medicamentosa é de 100%. Em um estudo feito no Hospital Universitário de Geneva, de 66% dos pacientes em uso de cinco ou mais medicamentos, 43% tiveram risco de interação medicamentosa moderada e 3% tiveram interação potencialmente grave. Das classes terapêuticas mais envolvidas na interação medicamentosa encontram-se os medicamentos cardiovasculares, anti-histamínicos, antidepressivos e antiinflamatórios.

A interação medicamentosa é classificada em interação farmacocinética e farmacodinâmica.

Interação Farmacocinética

Ocorre quando os fármacos interagem em qualquer ponto da absorção, distribuição, metabolismo ou excreção, tendo como resultado o aumento ou diminuição na concentração do fármaco no local de ação.

A absorção se dá através da passagem do fármaco do local de administração até a corrente sangüínea. Entre as vias de administração mais utilizadas encontram-se a endovenosa e a intramuscular, quando se deseja um efeito mais rápido, e a via oral, que é a via mais comum na administração de medicamentos, principalmente em nível ambulatorial. Um exemplo de interação que ocorre comumente nos idosos é a ingestão dos medicamentos com leite, o que pode alterar a concentração do fármaco, sendo portanto recomendado ao idoso tomar todos os medicamentos com água, para evitar possíveis interações. Um outro exemplo ocorre entre a tetraciclina e íons existentes nos antiácidos, como o cálcio, formando quelatos.

A distribuição é o processo de transferência da droga da corrente sangüínea para os tecidos. As interações ocorrem principalmente quando o fármaco se liga às proteínas plasmáticas, ou seja, com a albumina para um fármaco ácido ou com a a_1 glicoproteína para um fármaco básico. Os fármacos com maior afinidade se ligam às proteínas, deixando o fármaco não-ligado livre para exercer o seu efeito. Um exemplo deste mecanismo ocorre com pacientes que usam simultaneamente anticoagulante varfarina e antiinflamatório não esteroidal, o que pode provocar risco de hemorragia. É recomendado ajustar a posologia ou evitar a administração simultânea.

A biotransformação é a conversão metabólica das drogas com natureza geralmente enzimática e localizada no fígado. Um exemplo de interação por biotransformação acontece quando o fármaco (ex. cimetidina, digoxina, diazepam), alimento (ex. naringenina no suco de laranja) ou substância química (ex. nicotina e álcool) inibem ou induzem as enzimas hepáticas (citocromo P450), podendo levar ao aumento ou diminuição na quantidade disponível do fármaco. Esses efeitos são mais comuns quando administrado por via oral, porque todo composto absorvido precisa passar através do fígado para atingir a circulação sistêmica.

Na excreção as principais vias são: renal, biliar, fecal e pulmonar, sendo que os fármacos podem ser eliminados do organismo inalterados ou na forma de metabólitos. A interação entre fármacos está relacionada à capacidade que um fármaco possui para inibir a excreção renal de outro, fato que depende da interação nos locais de transporte ativo da filtração renal. É o que ocorre, por exemplo, com a interação realizada em túbulo renal entre quinidina, verapamil ou amiodarona e digoxina, ocasionando inibição da excreção desta.

Interação Farmacodinâmica

Ocorre quando duas ou mais drogas disputam o mesmo local de ação (receptor). Por exemplo, o propranolol é um anti-hipertensivo antagonista b não-seletivo, portanto atua nos receptores do coração (b_1) e do pulmão (b_2), enquanto o salbutamol é agonista b_2 seletivo. Estas drogas, quando administradas conjuntamente, podem ter seus efeitos anulados, principalmente em idosos que mostram diminuição da sensibilidade aos efeitos agonistas e antagonistas b-adrenérgico.

Aumento do Risco de Hospitalização

No estudo feito por Col e col.[11] foi estimado que 11,4% das hospitalizações dos pacientes tiveram como causa a não-aderência, 16,8% as reações adversas e 2,8% as interações medicamentosas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Erros na Administração do Medicamento

Os erros na administração do medicamento se dão por diversos fatores, entre eles os relacionados a seguir.

Fracionamento de Medicamentos com Forma Farmacêutica Sólida Oral

Nem todos medicamentos apresentam dosagem adequada ao idoso, fazendo com que haja a necessidade de fracioná-los, o que pode ocasionar erro, visto que diversos tipos de fármacos precisam ser absorvidos no intestino e quando fracionados são degradados no estômago, perdendo seu efeito farmacológico. Por esse motivo existem variadas formas farmacêuticas que possuem proteção gástrica como, por exemplo, comprimido revestido, drágea e cápsula que não devem ser cortados ou triturados. Também pode ocorrer erro quando o idoso não apresenta habilidades motoras para o fracionamento do medicamento.

Dificuldade de Identificar os Medicamentos Devido à Baixa Escolaridade e/ou Problemas Visuais.

Geralmente o idoso identifica os medicamentos através das cores das embalagens ou dos comprimidos, porém a cada aquisição do medicamento, estes poderão ser de diferentes laboratórios farmacêuticos, podendo variar a cor dos comprimidos e das embalagens, fazendo com que o paciente tome ou deixe de tomar um medicamento equivocadamente.

Problemas Cognitivos

Problemas como o prejuízo da memória fazem com que o paciente deixe de tomar a medicação, ou tome-a mais vezes que o prescrito, podendo resultar no aumento não desejado da concentração sérica do fármaco, com risco de reação adversa.

Conservação Inadequada

Acontece, por exemplo, quando o idoso, para facilitar a tomada dos medicamentos, fraciona os comprimidos armazenando-os sem identificá-los ou colocando-os no mesmo recipiente, não levando em consideração a fotossensibilidade de alguns fármacos. Outro exemplo ocorre quando o idoso conserva os medicamentos em local inapropriado, como em banheiros, para proteger das crianças, sem observar a umidade do local. Ou quando o doente toma os medicamentos sem observar o prazo de validade vencido.

Duplicidade de Medicamentos

Pode ocorrer quando o idoso toma as drogas com os mesmos princípios ativos, porém com diferentes nomes comerciais, acarretando a polifarmácia.

Aumento dos Custos com Medicamento

Em estudo realizado em 1998 verificou-se que na população estudada em Belo Horizonte (n = 29.976), o gasto com medicamentos de uso regular durante 30 dias foi igual a 23% do valor do salário mínimo, apresentando tendência crescente com a idade. Silva e col.[39] em 2003 verificaram que pacientes com glaucoma gastam em média 19,4% da renda individual e 15,5% da renda familiar, porém 45,2% dos entrevistados informaram que já haviam deixado de comprar o colírio por problemas financeiros. O principal problema ocorre devido ao fato de nem todos os medicamentos prescritos fazerem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O estudo feito por Arrais e col.[3] em drogarias mostrou que, das especialidades farmacêuticas procuradas (n = 5332), 79% não estavam na lista de medicamentos essenciais da OMS e 72,2% não faziam parte da RENAME.

Elementos para a Atenção Farmacêutica

Alguns elementos são indispensáveis para que se realize adequadamente e de forma personalizada o seguimento farmacoterapêutico de um paciente, tais como:

- prévio acordo farmacêutico-paciente;
- procedimentos sistematizados para informação ao doente, como entrevistas, evolução da situação, intervenção farmacêutica e interconsulta com outros profissionais;
- obter informações sobre as necessidades do paciente com sua farmacoterapia;
- registro e documentação das atividades realizadas.

O estudo multicêntrico realizado por Bernsten e col.[4], que avaliou o exercício da atenção farmacêutica a idosos, mostrou que houve redução de custos e aumento na qualidade de vida do paciente, sendo que os idosos demonstraram melhor controle sobre sua medicação e sua doença. Nesse estudo, farmacêuticos e médicos tiveram opiniões positivas sobre a atenção farmacêutica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Locais para Realização da Atenção Farmacêutica ao Paciente Idoso

O acompanhamento do paciente idoso pelo farmacêutico, na atenção farmacêutica, pode ser realizado em drogarias e em todos os níveis de atenção a saúde: primário (ex: Unidade Básica de Saúde – UBS), secundário (ex: ambulatório de especialidades), terciário (ex: hospital de baixa complexidade) e quaternário (ex: hospital de alta complexidade).

Relato de Experiência de Atenção Farmacêutica no Centro de Referência do Idoso

A idéia de atenção farmacêutica no Centro de Referência do Idoso (CRI) nasceu na Secretaria de Estado da Saúde em 2001, sendo uma idéia inovadora no serviço público, com o propósito de promover assistência integral ao idoso. Durante esse período notou-se a importância da inserção do farmacêutico junto à equipe interprofissional. Foram criados protocolos e formulários para o acompanhamento do paciente idoso, visando detectar as causas para os PRMs.

Os pacientes são encaminhados à Atenção Farmacêutica por toda a equipe multiprofissional: médicos, dentistas ou até mesmo pelos próprios funcionários da farmácia quando percebem algum problema, queixa ou dificuldade do paciente em relação ao uso dos medicamentos. São agendadas consultas com os farmacêuticos de acordo com a disponibilidade de horários e a necessidade do paciente.

Na consulta farmacêutica, primeiramente é solicitado ao paciente que ele leve todos os medicamentos e todas as receitas que tiver em casa, sendo feita então a entrevista para identificar os possíveis PRMs e, quando necessário, são solicitados exames laboratoriais e interconsultas com os demais profissionais envolvidos. Para resolução das causas dos PRMs trabalha-se com alguns mecanismos conforme segue:

- identificação dos medicamentos principalmente devido ao fato de apresentar pacientes analfabetos e semelhanças entre os *blisters,* identificando os medicamentos através de bolinhas coloridas, letras do tamanho que o paciente consiga enxergar, caixinhas (Fig. 58.1), despertador (Fig. 58.2), sacolas (Fig. 58.3) e ficha de orientação ao paciente (Fig. 58.4);
- para evitar a duplicidade do medicamento os médicos devem prescrever por princípio ativo (nome genérico) e a farmácia do CRI os identifica da mesma forma no ato de dispensação; quando o paciente faz uso de vários medicamentos com o mesmo princípio ativo, o farmacêutico esclarece o uso correto do medicamento ao doente;
- interação medicamentosa: classificação da interação medicamentosa quanto à relevância clínica, ajuste nos horários e quando há interação que prejudique a saúde do idoso, é realizada uma interconsulta com o médico prescritor. Nas interconsultas o farmacêutico descreve o caso para o outro profissional, e busca-se após uma discussão a resolução dos problemas. Se hou-

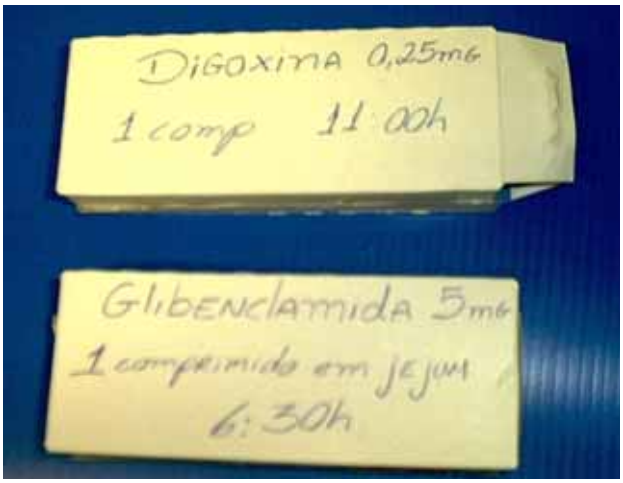


Fig. 58.1 Confecção de caixas para identificação dos medicamentos, para que o paciente possa entender a posologia.



Fig. 58.2 Utilização de despertador para que o paciente lembre de tomar o medicamento no horário correto.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

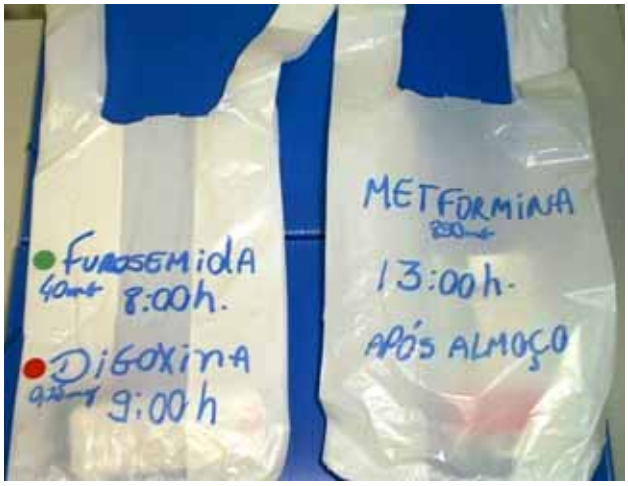


Fig. 58.3 Utilização de sacolas para orientação do paciente em relação aos medicamentos e horários que devem ser tomados.



Fig. 58.4 Ficha de orientação ao paciente.

ver interação com alimento a interconsulta será realizada com a nutricionista e com o médico responsável pelo paciente. Como informação geral pede-se para ingerir todos medicamentos com água a fim de evitar possíveis interações, como por exemplo com o leite;

- conservação inadequada: quando o paciente traz o medicamento, é observado o seu prazo de validade e são dispensadas orientações quanto ao seu armazenamento;
- reação adversa: identificação da reação adversa, solicitação de exames laboratoriais, interconsulta com o médico prescritor e implantação do serviço de farmacovigilância;
- em relação à não-aderência ao tratamento, verifica-se se há algum fator que provoque ou que esteja interferindo na adesão ao tratamento, faz-se contagem dos medicamentos em cada consulta para identificar se o paciente está fazendo uso correto, orienta-se quanto à importância do uso do medicamento, explicando o porquê de tomá-los e qual sua utilização. Quando necessário são formados grupos informativos a fim promover educação em saúde ao idoso em relação ao uso dos medicamentos.

Consideração Final

A atenção farmacêutica é um serviço inovador e complementar na assistência ao idoso, podendo ser incluído na promoção do envelhecimento saudável e na melhoria da qualidade do serviço, visto que não almeja apenas a avaliação do medicamento e sim os aspectos que influenciam na adesão ao tratamento.

Referências Bibliográficas

1. Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S. Fatores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos em um serviço ambulatorial de saúde mental. Rev Bras Psiquatr; 1999; 21(3): 152.
2. Alverez de Toledo F, Dago AM, Eyarala T. Problemas relacionados com los medicamentos. In: Master de Atencion Farmacêutica Comunitária. Volume VII. Valencia. Universidad de Valencia; 1999. p. 15.
3. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS et al. Perfil da automedicação no Brasil. Rev. Saúde Pública; 1997; 31(1):71.
4. Bernsten C, Bjorkman I, Caramona M et al. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. Drug Aging; 2001; 18(1):63.
5. Brasil. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Diário Oficial da União nº215-E, sessão 1, de 10 de novembro de 1998. p.18.
6. Brasil. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Diário Oficial da União, nº 96, de 20 de maio de 2004.
7. Brasil. Resolução nº 357, de 27 de abril de 2001.
8. Carvalho MFC. Importância da atenção farmacêutica no idoso. Resumo Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Salvador; 2004.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

9. Carvalho-Filho ET, Saporetti L, Souza MAR et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev Saúde pública; 1998; 32(1): 36.
10. Cedeno AMR, Vazquez PMM, Leon JRF et al. Determinación de polifarmacoterapia en pacientes geriátricos de un consultorio del médico de la familia en Cienfuegos. Rev Cub Farm; 2000; 34(3): 170.
11. Col N, Fanel JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Arch Intern Med; 1990; 150: 841.
12. Congresso Brasileiro de atenção farmacêutica. Brasília-DF. 2002. Disponível em: http://www.opas.org.br/docs/propostaconsensoatenfar.pdf. Acesso em 31 out 2003.
13. Consenso sobre atencion farmacêutica. Disponível em: http://www.redfarmaceutica.com/atenicon/consenso/indice.cfm. Acesso em 29 ago 2003.
14. Cordioli AV et al. Psicofármacos: consulta rápida. Artmed: Porto Alegre; 2000.
15. Diaz RB. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idoso. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 230.
16. Figueiras A, Napchan BM, Mendes GB et al. A farmacologia como necessidade sanitária. in: Farmacovigilância ação na reação; 2002; 1:28.
17. Funchal DW, Um conceito para mudar o perfil do profissional farmacêutico. Revista Racine; 2000; 59: 8.
18. Garcia AI. Atenção farmacêutica, desenvolvimento e perspectivas. Revista Racine; 2000; 59: 12.
19. Gilman AG. The Pharmacological Basis of Therapeutics. International Edition; 2001.
20. Guyton AC, Hall JE.Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
21. Hepler CD, Strand LM: Oportunities and responsabilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm; 1990; 47: 533.
22. Indicadores e Dados Básicos – Apresentação - Brasil, 2002. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/apresent.htm. Acesso em 06 jan 2005.
23. Inicio de la atención farmacêutica. Disponível em http://www.atencio-farmaceutica.com/informacion2.htm. Acesso em 1 set 2003.
24. Ivama AM, Noblat L, Castro MS et al. Consenso Brasileiro de Atenção farmacêutica: Proposta. Brasília; 2002.
25. Katz D. Geriatria Prática. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
26. Lieber NSR, Teixeira JJV, Farth FCLG, et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. Caderno de Saúde Pública; 2002; 18(6): 1499.
27. Lim WS, Low HN, Chan SP et al. Impact of a phermacist consult clinic on a hospital-based geriatric outpatient clinic in Singapore. Ann Med Singapore; 2004; 33(2):220.
28. Machuca M, Fernández-Llimós F, Fauz MJ. Método Dáder: Guia de Seguimiento Farmacoterapéutico. GIAF-UGR; 2003.
29. Mosegui BGG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev Saúde pública; 1999; 33(5): 437.
30. Organização Panamericana da Saúde. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002. Organização Panamericana da Saúde, Brasília; 2002. p. 46.
31. Papaléo Netto M. Carvalho, Carvalho Filho ET. Pasini U. Farmacocinética e farmacodinâmica das drogas. In: Carvalho, Carvalho Filho, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 409.
32. Posey LM. Proving that pharmaceutical care makes a difference in community Pharmacy. Journal of the American Pharmaceutical Association; 2003; 43(2):136.
33. Ravel R. Aplicações Clínicas dos Dados Laboratoriais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
34. Reis AMM. Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos. Disponível em: http://www.hcufmg.br. Acesso em: 20 out 2003.
35. Rollason V, Vogt N. Reduction of pofypharmacy in the elderly. Drugs Aging; 2003; 20(11): 817.
36. Sacher RA, McPherson RA. Interpretação Clínica dos Exames laboratoriais. Manole: Barueri; 2002.
37. Santos H, Iglesias P, Llimós FF et al. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. Acta médica portuguesa; 2004; 17: 59.
38. Seguimento farmacoterapêutico. Disponível em: http://www.pharmanet.com.br/pharmanet/projetolei.htm. Acesso em 31 out 2003.
39. Silva LMS, Vasconcellos JPC, Temporini ER et al. Tratamento clínico de glaucoma em um hospital universitario: custo mensal e impacto na renda familiar. Arq Bras Oftalmol, 2002; 65(3): 299.
40. Taylor CT, Byrd DC, Krueger K. Improving primary care in rural Alabama with a pharmacy initiative. Am J Health Syst Pharm; 2003; 60(11): 1123.
41. Valls LT, Pelaez GM, Sanchez LS et al. Problemas relacionados com los medicamentos em pacientes que visitam um serviço de urgência. Pharmaceutical Care Espana; 2000; 2: 177.
42. Vasallo OS, Taboada RB, Nunez RG, Avalos EG. Efectos sobre la salud Del anciano em cuanto a alteraciones em la medicación. Rev. Cubana Med Gen Integr; 1998; 14(4): 316.
43. World Health Organization. Drugs for the elderly. 2nd ed. World Health Organization regional publications. European series; nº 71. Copenhagen; 1997.
44. Yagiela JA, Neidle EA, Dowd F J. Farmacologia e Terapêutica para Dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
45. Zelezoglo GR, Luppi G. Atenção farmacêutica e o paciente hipertenso. 2003, 53 f. Trabalho de conclusão de curso. (Graduação). São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

59 Adesão ao Tratamento Medicamentoso em Pacientes Idosos

Rosana Burguez Diaz
Kátia Massuda Alves Batista dos Santos

Introdução

Diante das modificações demográficas que revelam aumento acentuado e progressivo do número de idosos em todo o mundo, inclusive no Brasil, e ainda diante do perfil da população, torna-se fundamental a atualização e o preparo de profissionais para prestarem assistência efetiva aos pacientes dessa faixa etária.

Para que o enfermeiro atenda a esse mister, há necessidade de ter em mente os princípios implicitamente contidos nos conceitos emitidos por Gunter e Miller[16], e propostos pela Comissão de Enfermagem dos Estados Unidos, em 1970, a propósito das definições de enfermagem gerontológica e enfermagem geriátrica.

A definição de enfermagem gerontológica demonstra com clareza a preocupação com o estudo dos cuidados que devem ser prestados pelo profissional ao idoso. Acentua a necessidade de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência até idades mais avançadas da vida.

Por outro lado, a definição de enfermagem geriátrica enfatiza a necessidade dos cuidados de enfermagem para a pessoa idosa; assinala a importância da participação ativa do enfermeiro no planejamento, implementação e avaliação das medidas adotadas, visando ao bem-estar do paciente, tendo sempre presentes as limitações impostas pelo processo de envelhecimento.

Independentemente de conceitos que, como já assinalado, implicitamente estabelecem princípios que norteiam a prática de enfermagem perante os múltiplos problemas médicos, sociais, psicológicos etc., há necessidade, em última análise, de se estar a par de conhecimentos fundamentais que caracterizam tanto o idoso como o processo de envelhecimento.

Esse conjunto de conhecimentos, cuja elaboração foi realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde, em 1988, na Venezuela, pelo Grupo de Trabalho sobre o Ensino e Prática de Enfermagem Gerontológica na América Latina, estabelece requisitos e tece considerações a propósito:

- das variabilidades do envelhecimento normal;
- das diferentes maneiras de o indivíduo envelhecer;
- da inter-relação entre fatores culturais, sociais, espirituais, econômicos, psicológicos e biológicos;
- das respostas freqüentemente atípicas dos idosos diante da enfermidade e de seu tratamento;
- dos efeitos acumulados decorrentes de múltiplas enfermidades crônico-degenerativas incapacitantes e dos valores culturais associados ao envelhecimento;
- das atitudes que a sociedade tem para com os idosos.

Diante das importantes atribuições do enfermeiro e perante as múltiplas facetas que compõem o perfil

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do paciente idoso, entende-se que o desconhecimento desses fatos resultará inevitavelmente no fracasso da atenção à saúde desse doente e, como decorrência, a inobservância dos ensinamentos contidos nos conceitos de enfermagem gerontológica e geriátrica. Ryan[26] denota a importância do profissional de enfermagem ao afirmar que o enfermeiro tem um papel fundamental quando facilita ao paciente maximizar os efeitos terapêuticos de seu regime medicamentoso.

Este capítulo, que aborda o tema da adesão medicamentosa, põe em evidência a necessidade desses conhecimentos e da conscientização de sua importância.

Com efeito, é por meio da consulta de enfermagem cuidadosa, visando aprofundar-se nas múltiplas questões que envolvem a adesão medicamentosa, que se poderão tentar resultados positivos.

Sob este aspecto, Ryan[29] relata em sua pesquisa que a consulta de enfermagem é fundamental para verificar, por exemplo, por quê um paciente esquece de tomar sua medicação. Pode ser devido a um estado de confusão mental, desorientação no tempo, regime medicamentoso complexo, custo da medicação ou a combinação de todos esses fatores. Cada uma dessas possíveis causas exige uma intervenção específica e individual da enfermagem.

Ainda segundo esta mesma autora, em muitos hospitais americanos e britânicos a responsabilidade de orientar a medicação tem sido delegada aos enfermeiros e farmacêuticos clínicos. Ryan observa, porém, que os pacientes estão freqüentemente tendo alta hospitalar sem ter acesso às orientações e, paradoxalmente, ocorre um aumento crescente de pacientes assumindo mais responsabilidade para dar prosseguimento a seus cuidados após a alta hospitalar.

No Brasil, o sistema de saúde vem apresentando problemas que se agravam gradativamente, sendo que a intervenção da equipe de saúde, principalmente no atendimento às pessoas da terceira idade, restringe-se majoritariamente aos níveis secundário e terciário. É justamente nesses níveis que fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos se somam aos problemas médicos múltiplos e complexos, decorrentes da associação freqüente de doenças crônico-degenerativas comuns em gerontes, exigindo esquemas terapêuticos igualmente complexos.

O que se pretende neste capítulo é discutir os diversos fatores que interferem na adesão medicamentosa, propor meios para diagnosticar a não-adesão e relatar nossa experiência com pacientes em tratamento na Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal.

Definição de Adesão Medicamentosa e Problemas Relacionados

O estudo da adesão ou *compliance,* termo utilizado em inglês e traduzido literalmente como concordância, consentimento, submissão ou aderência, vem aumentando em diversas áreas, como, por exemplo, pacientes hipertensos, epilépticos e em tratamento prolongado. Sua definição não é, porém, rigorosamente uniforme, diferindo quanto à sua extensão e participação ativa dos próprios pacientes. Assim, pode-se defini-la, segundo Stewart e Caranasos[32], como "a magnitude com que o comportamento de um indivíduo (como tomada de medicamentos, obediência a dietas ou mudanças de estilo de vida) coincide com o aconselhamento médico ou de saúde". Pode ser também conceituada, como sugerem Alonso e col.[1], "como processo de cumprimento das recomendações médicas, não apenas em relação aos medicamentos, mas também sobre hábitos de saúde. Ryan[29] menciona que a adesão ao tratamento medicamentoso implica na concordância do paciente com a terapia prescrita e entende que a administração da droga corretamente e de forma segura, deva ser através de um método selecionado.

Enfatiza-se, dentro do conceito de aderência, o comportamento aderente, que pode ser compreendido como a habilidade do paciente para desempenhar um papel ativo mediante a situação terapêutica.

Observa-se que a análise da adesão a medicamentos envolve questões amplas. Ryan[29], em seu estudo, comentou que há muitas razões que justificam por que os idosos têm a tendência a experimentar mais problemas com medicação que os jovens. Primeiro, as mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento que afetam a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação dos medicamentos, exigindo cuidados com dose, administração e monitorização das drogas. Segundo, a alta prevalência de doenças crônicas, coincidindo com o alto consumo de diversos medicamentos que aumentam a probabilidade das reações e/ou interações medicamentosas das drogas. Terceiro, os idosos experimentam uma alta incidência de erros com medicação, 25% a 59% dos pacientes não tomam suas medicações conforme a prescrição. Observa-se que a análise da adesão ao tratamento medicamentoso envolve questões amplas. Além de se considerar os fatores citados acima, faz-se necessá-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rio prestar assistência holística ao idoso, encarando-o como um indivíduo que se encontra em uma fase que apresenta peculiaridades próprias do processo de envelhecimento.

Haynes[18] fez uma revisão de 36 estudos que relacionavam idade e adesão, tendo observado que em apenas seis esta era menor em idosos, enquanto 30 não demonstraram esta relação. Segundo Weintraub[35], em estudos com populações heterogêneas, os índices para grupos etários diversos são freqüentemente semelhantes, e em vários estudos o índice de adesão mostrou-se mais elevado em pacientes com idade maior que 70 anos. Independentemente destas observações, é importante salientar a amplitude da repercussão da não-adesão no paciente idoso, tanto no controle de sintomas quanto na manutenção da capacidade funcional e suas conseqüências na qualidade de vida.

Embora haja uma tendência de aceitar a não-adesão como prejudicial, deve-se avaliá-la e considerar a possibilidade de não-adesão inteligente, na qual, sabiamente, o doente livra-se de efeitos e sintomas que seriam maléficos, principalmente diante do fato de a terapêutica plurimedicamentosa ser comum em pacientes idosos. Assim, alguns estudos demonstraram que, enquanto os indivíduos com mais de 65 anos representam cerca de 12% da população dos Estados Unidos, eles consomem cerca de 25% de todas as drogas prescritas. Dados semelhantes foram observados na Inglaterra, onde, para uma população de 17% de idosos, o consumo de drogas pelos mesmos é de 30%. Este mesmo estudo demonstrou que pacientes hospitalizados recebem em média dez medicamentos diferentes.

Boyd e col.[5], em 1974, demonstraram que, em pacientes ambulatoriais, a não-compreensão do esquema medicamentoso correspondeu ao uso inadequado dos remédios, sendo que os doentes com 65 anos ou mais apresentaram o mais baixo nível de compreensão. A falta de compreensão e de entendimento claro sobre o uso dos medicamentos freqüentemente acaba sendo um problema maior do que a própria não-adesão, ocasionando falha na obediência ao esquema terapêutico.

Muitas vezes, em decorrência de acompanhamento simultâneo com médicos de diferentes especialidades, o idoso "coleciona" prescrições que acarretam excesso de medicações; porém, por utilizá-las por longo período, sente insegurança em suspendê-las. Nestes casos, o trabalho da equipe interprofissional é importante no sentido de encorajá-lo a seguir somente as prescrições necessárias.

Schernitski e col.[31] estudaram pacientes idosos hospitalizados devido a problemas relacionados ao excesso de medicamentos, observando que em três quartos dos casos tais excessos não foram intencionais, mas sim decorrência da confusão com drogas similares, que acarretaram a duplicação da dose.

Segundo Brunner, um estudo demonstrou que 59% dos idosos com doenças crônicas cometiam erros na utilização das prescrições, sendo que 25% desses erros eram considerados potencialmente graves. Outros autores relatam que 50% das prescrições são utilizadas inadequadamente e que 14% a 21% dos doentes nunca seguem as prescrições.

Fatores que Influenciam a Não-Adesão Medicamentosa

Muitas teorias têm sido formuladas para identificar quais os fatores que influenciam a adesão medicamentosa.

Todas mencionam o comportamento do idoso como um fator importante para que ocorra a adesão medicamentosa. Entre outras teorias, podemos citar a de Green[13], denominada PRECEDE (abreviação do termo em inglês *Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) que significa avaliação e diagnóstico educacional das causas predisponentes, de reforço e de habilitação. Esta teoria valoriza também o comportamento dos profissionais de saúde, família, além dos recursos da comunidade e do próprio paciente. *Predisposição* inclui conhecimento, valores, atitudes e percepção do idoso sobre sua doença ou terapia. *Capacidade* seria a disponibilidade de recursos, acessibilidade a serviços e bens do paciente. *Reforço* refere-se à atitude e ao comportamento dos profissionais de saúde, família e empregadores.

Os estudos citados a seguir demonstram a importância do comportamento dos idosos, família e dos profissionais de saúde na adesão medicamentosa.

Irvine e col.[20], em 1999, ao examinarem a relação entre adesão, mortalidade e fatores psicossociais entre 1.141 pacientes, perceberam que as atividades sociais agradáveis sugestionam um aumento da motivação do paciente para aderir ao tratamento.

Fulmer e col.[14], em 2000, num estudo randomizado realizado em uma comunidade com indivíduos idosos portadores de insuficiência cardíaca congestiva, demonstraram que as intervenções através de vídeo, telefone ou telefonemas regulares capacitam os

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

clínicos a monitorarem e potencializarem a adesão medicamentosa.

Ersek e col.[11], em 1999, exploraram as razões que levaram os pacientes com câncer, apresentando dor, a terem dificuldade para adesão com a terapia analgésica. Os resultados revelaram vários fatores que impediram o uso de analgésico e influenciaram na decisão sobre a ingestão de analgésicos . Alguns fatores relacionados aos pacientes também foram descritos. Os autores identificaram ainda o uso de métodos não farmacológicos para controle da dor, que reduziam o uso de drogas analgésicas. Nesta pesquisa optou-se por uma entrevista semi-estruturada com a participação de 21 pacientes com diagnóstico de câncer avançado. Os resultados demonstraram que a educação repetida e consistente nem sempre é suficiente para melhorar a adesão dos pacientes, sendo muitas vezes necessária a adoção de estratégias alternativas nas quais não se utilizam fármacos.

Viejo e col.[34,], ao avaliarem a adesão de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica ao tratamento inalatório, observaram que os pacientes que residem com a família e/ou possuem um alto nível socioeconômico, cujo regime terapêutico seja simples e possuam um bom conhecimento do seu problema tendem a apresentar uma boa adesão ao tratamento. Faz-se prudente um acompanhamento médico cuidadoso e uma boa relação médico-paciente a fim de melhorar a adesão medicamentosa.

Richards e col.[28] pesquisaram a adesão medicamentosa entre pacientes com psoríase. Os autores concluíram que os pacientes intencionalmente não aderiam ao tratamento medicamentoso, pois acreditavam que o tratamento da psoríase interferiria negativamente na qualidade de vida. O impacto na qualidade de vida tem grande importância e ressalta a necessidade de uma decisão conjunta entre paciente e profissional de saúde.

Lowe e col.[23] observaram que programas de educação e revisão dos medicamentos estimulam a adesão medicamentosa e o conhecimento dos idosos em um curto período. Nesta pesquisa foram incluídos idosos que tomavam no mínimo três medicações, e receberam três visitas de um farmacêutico clínico.

Na maioria dos atendimentos prestados à pessoa idosa, dificilmente se consegue caracterizar, em uma primeira abordagem, a causa da não-adesão. Os fatores são múltiplos e interligados. Pode-se dizer que, na prática diária de atendimento, o doente mais facilmente "trabalhado" é aquele que não está seguindo o esquema terapêutico por simples falta de compreensão. Nestes casos, a abordagem deve simplesmente esclarecer o tratamento, fornecendo o maior número possível de informações.

Conforme vai se estreitando o relacionamento com os pacientes, observa-se que é possível detectar vários fatores responsáveis. Estes foram didaticamente classificados pela equipe da Escola Paulista de Medicina da seguinte forma: fatores técnicos, biológicos, psicológicos, sociais e mistos.

Fatores Técnicos

São aqueles relacionados aos medicamentos e respectivas rotinas de administração, quanto à apresentação, tipo, sabor da droga, e, ainda, quanto à dificuldade de deglutição e quantidade diária consumida.

Apresentação das Drogas

A exemplo de outros países, seria importante que se pudesse obter no mercado uma apresentação geriátrica das drogas, com frascos mais facilmente manipuláveis, rótulos legíveis e doses mais ajustáveis, pois comumente há necessidade de orientar o paciente a ingerir metade do comprimido, o que causa transtorno para os doentes que apresentam *déficit* visual ou motor. Além disso, torna-se duvidosa a dosagem consumida, devido à possibilidade de corte irregular dos comprimidos.

Dificuldade de Deglutição

Não são raros os pacientes idosos com problemas relacionados à dificuldade de deglutição, vítimas, principalmente, de problemas neurológicos. Nestes casos, torna-se fundamental a intervenção da equipe interprofissional, particularmente de uma fonoaudióloga.

Quantidade Diária Consumida

Deve-se observar a prescrição quanto ao número, dosagem diária, horário e intervalo dos medicamentos. É facilmente compreensível que em doentes de qualquer grupo etário, mais particularmente idosos, a quantidade diária de drogas a ser consumida seja origem de erros na administração das mesmas. Assim, segundo Bapna, em 1989, os equívocos encontrados ocorreram porque o paciente havia cometido erros quanto à dose, horário ou outros motivos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A utilização de prescrições em dias alternados deve ser feita quando estritamente necessária, pois facilmente causa equívocos entre doentes.

Tipo de Medicação

Observa-se que, conforme a associação feita pelo paciente, segundo a sintomatologia e a doença que apresente, também poderá haver maior ou menor adesão. Por exemplo, analgésicos, antiácidos, sedativos e antibióticos apresentam menor índice de adesão em relação aos cardiotônicos e hipoglicemiantes. Estes são dois tipos de drogas com as quais a associação com afecções, insuficiência cardíaca na primeira e *diabetes mellitus* na segunda, se faz de maneira clara. Consideradas enfermidades graves pelos próprios doentes, a adesão a estes medicamentos é mais firme uma vez que a falta dos mesmos poderá dar origem à piora dos sintomas.

Sabor da Medicação

O sabor dos medicamentos, considerado questão prioritária em setores como, por exemplo, a pediatria, tem também efeito sobre a adesão em adultos e mesmo entre idosos.

Fatores Biológicos

Os fatores biológicos estão relacionados à farmacocinética e farmacodinâmica das drogas.

Sabe-se que toda droga introduzida no organismo com finalidade terapêutica passa por uma série de transformações até atingir o local onde exercerá sua ação. O conjunto de transformações sofridas pela droga denomina-se farmacocinética, e os mecanismos implicados em sua ação, farmacodinâmica.

É evidente que a terapêutica plurimedicamentosa, já assinalada, aumenta os problemas relacionados à sua administração e à probabilidade de interações entre drogas, com conseqüências não raramente adversas. A gravidade desses problemas pode acentuar-se nos idosos, nos quais, habitualmente, ocorrem alterações orgânicas e funcionais que condicionam comprometimento da absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos medicamentos.

O detalhamento de cada uma das fases da farmacocinética, assim como dos fatores que comprometem as mesmas, interferindo na ação dos medicamentos e desencadeando manifestações tóxicas, fogem ao escopo deste capítulo. Ao leitor interessado em se aprofundar no tema, recomendamos a consulta de alguns textos sobre o assunto, inclusive os citados nas Referências Bibliográficas.

É evidente que as manifestações colaterais, tóxicas e idiossincrásicas são fatores que interferem decisivamente na adesão medicamentosa, como será exposto adiante.

Efeitos Colaterais, Tóxicos e Idiossincrásicos

Os efeitos colaterais, tóxicos e idiossincrásicos são responsáveis pela grande incidência de diminuição das doses ou suspensão da medicação, que, por vezes, é necessária e feita inteligentemente pelo próprio paciente. Há, contudo, necessidade de se estar atento a casos em que o doente faz associações inadequadas, responsabilizando a medicação por efeitos indevidamente atribuídos a esta, suspendendo-a desnecessariamente.

Idosos portadores de insuficiência renal que apresentem reações tóxicas decorrentes do uso de um determinado fármaco e/ou redução da absorção devem ser acompanhados atentamente, para não serem equivocadamente considerados não-aderentes.

Normas para Terapêutica Farmacológica

Devido ao fato de o idoso apresentar com freqüência múltiplas queixas relacionadas a vários órgãos, o profissional é muitas vezes obrigado a prescrever diversos medicamentos. Com isso, aumenta a probabilidade de incidência de reações adversas, decorrentes, de um lado, da utilização de cada uma das drogas e, de outro, da possibilidade de interação entre elas. Por esses motivos, e com a finalidade de não prejudicar a adesão do idoso aos medicamentos prescritos, é conveniente levar em consideração algumas normas fundamentais, como:

- diagnosticar corretamente as afecções, para que sejam prescritos apenas os medicamentos necessários;
- não prescrever uma droga apenas para receitar algo;
- utilizar o menor número possível de drogas, pois o idoso confunde-se com freqüência quando deve tomar diversos medicamentos;
- empregar a menor dosagem necessária, iniciando-se a administração com um meio ou um terço da dose habitualmente empregada no adulto;
- utilizar, quando possível, para estabelecer a dosagem ideal em pacientes com insuficiência

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

renal comprovada ou mesmo provável, a determinação do *clearance* da creatinina e do nível sangüíneo das drogas, quando estas forem predominantemente excretadas por via renal ou lesivas ao rim;

- rever periodicamente a prescrição e suspender os medicamentos desnecessários;
- instruir familiares e acompanhantes para que auxiliem e controlem o idoso na obediência à prescrição, principalmente pacientes nos quais tenha sido observado declínio das funções cognitivas.

Fatores Psicológicos e Sociais

Segundo Alonso e col.[1], a separação em fatores sociais e psicológicos é bastante imprecisa devido à sua constante interligação, sendo preferível classificá los em predominantemente psicológicos e sociais.

Fatores Predominantemente Psicológicos

São relacionados às características afetivas e emocionais dos pacientes.

Nesta questão fazem-se necessárias a sensibilidade e a perspicácia do profissional que faz o atendimento, pois o processo de envelhecimento pode repercutir sobre o nível psicológico do doente, o qual, por sua vez, depende da forma e de sua história de vida, e de como se adaptará ao seu ciclo de vida.

Quando o idoso não consegue adaptar-se ao envelhecimento, entra em crise. Alguns fatores precipitam esta crise: perda da beleza e/ou saúde, aposentadoria, ameaças à segurança financeira, física e à integridade, além de viuvez, morte de amigos e de familiares, estereótipos e preconceitos. Decorrentes destas situações, sentimentos e quadros clínicos acabam influenciando a não-adesão medicamentosa. Entre esses, merecem ser analisados: a depressão, a negação ou o medo da doença, a diminuição da auto-estima, as idéias de suicídio, a necessidade de sofrimento e a relação médico-paciente.

Depressão

Segundo Nicola[25], nas síndromes depressivas do idoso a sintomatologia é dominada por uma tríade característica: dificuldade no curso do pensamento, depressão do humor e vagarosidade psicomotora. Surgem idéias delirantes do tipo hipocondríaco, de ruína, de pobreza, de culpa e de perseguição, mas também manifestações de irritabilidade e excitação psicomotora.

Muitas vezes o paciente deixa transparecer sutilmente os quadros depressivos, sendo fundamentais os encaminhamentos interprofissionais e discussões de seu caso com a equipe.

Negação ou Medo da Doença

Segundo Brunner e Suddart[6], uma resposta comum a uma mudança no estado de saúde é a negação. Quando os sintomas afligem a pessoa, ela pode evitar o medo por meio de uma negativa inconsciente de sua existência e de sua significância. A negação é um mecanismo de defesa que protege a pessoa diante dos aspectos dolorosos e perturbadores da realidade. Serve para diminuir a ansiedade, porém perante aumento e intensidade dos sintomas pode forçá-la a abandonar a medicação. É comum, por exemplo, pacientes hipertensos dizerem que já estiveram com pressão alta, tratando-a e utilizando a medicação somente durante as crises hipertensivas. Nestes casos o esclarecimento é fundamental.

A assistência de enfermagem deve dar abertura para que o doente demonstre seus sentimentos, até o momento em que esteja preparado para abandonar o sentimento de negação e encarar a realidade.

Auto-estima Diminuída

Várias vezes ouve-se, durante o atendimento a idosos, a frase: "Para que tratar ou me preocupar? Já estou velho, é assim mesmo!" Isto acontece por se atribuir processos patológicos como inerentes à senescência, ficando o idoso com a imagem corporal deturpada, tornando-se conformado e com sua auto-estima diminuída.

Idéias de Suicídio

Observam-se pacientes que, através da não-adesão medicamentosa, acabam nos expressando a intenção de abreviar o sofrimento, pois o tratamento para eles significa o prolongamento da vida, cuja qualidade é desfavorável.

Certamente, nestes casos existem fatores psicológicos mais profundos a serem avaliados, sendo os encaminhamentos para o psiquiatra e psicólogo fundamentais, na tentativa de encontrar uma solução para os problemas do doente ou, pelo menos, amenizá-los, visando à busca de apoio para obter a adesão do mesmo ao tratamento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Necessidade de Sofrimento/Autopunição

Segundo Larue[21], "herdamos da remota Antiguidade, do judaísmo e do cristianismo um modo de pensar sobre o envelhecimento e os idosos que é tanto uma afirmação quanto uma negação da vida. Devido ao fato de sermos influenciados, até certo ponto, pela crença a nosso respeito, é importante para aqueles que trabalham com os velhos estarem conscientes das influências negativas e positivas que podem agir subconscientemente no pensamento de uma pessoa idosa".

Na rotina de atendimento, nos deparamos com pacientes cuja intervenção para promoção da adesão medicamentosa é bastante delicada, pois estes apresentam conceitos religiosos arraigados, que limitam as experiências e associações, estimulando os sentimentos de necessidade de sofrimento e de autopunição.

Relação Médico-Paciente

Sabe-se que qualquer relacionamento torna-se difícil, caso não haja empatia bilateral. O doente idoso, devido principalmente à diversidade de fatores que influenciam no diagnóstico e tratamento, precisa sentir segurança e integração com seu médico, para que a relação seja terapêutica.

Para o idoso, é importante o acompanhamento periódico com o mesmo profissional, pois a experiência tem demonstrado que mudanças constantes são prejudiciais para o tratamento. Psicologicamente, quando existe um vínculo estreito entre o paciente e o médico, e este vínculo porventura é interrompido, ocorrem repercussões imprevisíveis para o doente, seguramente desfavoráveis.

Na questão da adesão medicamentosa, Alonso e col.[1] verificaram que o vínculo entre o paciente e o médico pode influenciar no diagnóstico da não-adesão. Na avaliação realizada por enfermeiro, observaram-se 72,6% de pacientes não-aderentes, enquanto que a avaliação da aderência feita pelo médico foi de 23,3%. A realização da entrevista por profissional não-médico tem se mostrado valiosa para avaliação da aderência.

Fatores Predominantemente Sociais

Os fatores predominantemente sociais relacionam-se à interação do indivíduo com o meio social em que vive.

Dificuldade Econômica

Sabe-se que no Brasil a aposentadoria, na maior parte das vezes, é acompanhada pela perda do poder econômico e da condição social que o trabalhador desfrutava na fase ativa de sua vida, com repercussões obviamente desfavoráveis. Os valores das remunerações recebidas da Previdência Social, que serão referidos mais adiante, deixam claro os parcos recursos destinados à população aposentada, em sua imensa maioria idosa. É com estes recursos que o aposentado tem de manter sua sobrevivência, a de sua família e atender às necessidades de seu estado de saúde. Freqüentemente precisa recorrer ao auxílio de parentes, situação evidentemente vexatória, nunca antes vivida.

Saad e Prata[30], em estudo da Fundação Seade, assim se expressam: "Só pode usufruir do sistema de aposentadoria o indivíduo que teve condições de ingressar no mercado formal de trabalho, e seja possuidor de documentação que comprove o trabalho durante o tempo necessário para usufruir dos benefícios.

"O idoso pode usufruir da aposentadoria por invalidez, por velhice ou por tempo de serviço, de alguns tipos de pensões e da renda mensal vitalícia, sendo esta fixada em meio salário mínimo. O valor médio da aposentadoria por invalidez em 1988 era de 1,1 salário mínimo; o da aposentadoria por velhice, de 1,3 salário mínimo; o da aposentadoria por tempo de serviço, de três salários mínimos.

"Para tornar mais crítica a situação, sabe-se que uma grande concentração da população masculina situa-se nas faixas etárias mais baixas de renda ou, mais precisamente, mais de 50% estão concentrados na faixa que vai de um a três salários mínimos. Nos casos das mulheres, a situação é ainda pior, pois um grande percentual não recebe qualquer rendimento."

Diante desta situação, pode-se verificar facilmente que nos deparamos com um percentual alarmante de doentes que apresentam dificuldade econômica para o tratamento de sua saúde e, conseqüentemente, para a aquisição de seus medicamentos.

A abordagem desta dificuldade é muito delicada, pois muitas vezes os doentes sentem-se constrangidos quando expõem a situação. Mais uma vez, a equipe de saúde, particularmente o assistente social, pode exercer papel fundamental na busca de solução para o problema e para manutenção do tratamento prescrito pelo médico.

Conselhos de Terceiros

O famoso ditado popular "de médico e de louco todo mundo tem um pouco" não acontece por acaso. Recorrendo a experiências anteriores, as pessoas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

habitualmente indicam medicamentos, tratamentos caseiros e outros recursos.

Segundo Hiramatsu e col.[19], em estudo de 264 pacientes no ambulatório da disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 85,8% dos pacientes referiram recorrer a "simpatias", enquanto 4,7% utilizavam-se de "curandeiros" e 9,5% de centros espíritas. Não se deve, contudo, desconsiderar a sabedoria popular e a influência psicológica positiva na procura de tais recursos, porém deve-se acompanhar atentamente quando isso ocorrer e resultar em não-adesão ao tratamento.

Baixa Percepção do Custo-benefício daTerapêutica

Não é incomum o fato de a não-adesão à terapêutica dever-se à baixa percepção que o doente tem do benefício que o tratamento pode lhe proporcionar. Assim, o paciente poderá considerar o esforço para adquirir ou tomar a medicação maior que o benefício considerado.

É óbvio que este fator se acha intimamente relacionado, de um lado, às condições socioeconômicas, freqüentemente precárias, nos níveis educacional e cultural baixos e, de outro, ao próprio desconhecimento do diagnóstico e da gravidade da doença, e das finalidades do tratamento. Se a equipe interprofissional, particularmente médico e enfermeiro, não der a devida importância a esse fator, ressaltando a relevância da adesão medicamentosa, as conseqüências poderão ser desastrosas para o doente, cuja resultante poderá ser a piora do quadro clínico.

Suspensão da Medicação para Ingestão de Bebidas Alcoólicas

A ingestão alcoólica raramente é exposta pelo paciente sem constrangimento, sendo, por vezes, oculta. Há necessidade de o profissional demonstrar certa liberalidade, evitando atitudes reprovadoras e procurando encaminhar o doente para o tratamento específico de sua doença, se for o caso.

Interrupção do Tratamento Antes do Retorno Subseqüente

Não é incomum o fato de pacientes não compreenderem quando a medicação deve continuar até o próximo retorno. Geralmente, adquirem-na em quantidade insuficiente e não a compram quando termina.

Fatores Mistos

São aqueles cuja classificação fica imprecisa, por poderem ser interpretados abrangentemente.

Esquecimento

O esquecimento pode ocorrer inconscientemente, influenciado por fatores emocionais ou mesmo em decorrência de problemas clínicos.

O esquecimento, como se sabe, é de observação freqüente em idosos, principalmente naqueles com idade mais avançada. Este pode ter origem no próprio processo de envelhecimento, conhecido como esquecimento senescente benigno, ou ser decorrente de processos patológicos, como ocorre nas diversas formas de demências, nas quais há perda das funções cognitivas, inclusive da memória. Nestas situações, é preciso obter a compreensão e a colaboração da família ou do cuidador quanto à obediência à prescrição médica.

Desconhecimento da Doença e do Tratamento

Já foi comentado em itens anteriores, particularmente em "baixa percepção do custo-benefício".

Número de Serviços Utilizados pelo Paciente

A busca da resolução dos problemas, encaminhamentos desnecessários, despreparo profissional para atendimento ao idoso ou até ocupação do tempo livre por parte do mesmo em atividades nos serviços de saúde, faz com que o idoso vincule-se a vários serviços, porém sem seguir efetivamente nenhum tratamento.

Níveis Educacional e Cultural do Paciente

As questões educacionais e culturais foram comentadas anteriormente, porém vale salientar o alto índice de analfabetismo apresentado pela população idosa no Brasil, devido à dificuldade de acesso a serviços de educação, talvez mais precários para essa geração que para a atual.

De qualquer forma, a questão do analfabetismo exige cuidados especiais do profissional para promoção da adesão medicamentosa, pois nestes casos a compreensão das prescrições torna-se mais difícil.

Automedicação

Atualmente a automedicação é prática habitual em nosso meio, e se tornou uma preocupação por parte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do Ministério da Saúde, sendo, inclusive, motivo de campanhas publicitárias contra a adoção de tal atitude pela população. Contudo, por influências culturais, dificuldade de acesso imediato a consultas médicas etc., os idosos fazem uso de medicações, por eles consideradas inofensivas, mas que podem ter sérias repercussões. Deve o profissional, portanto, ficar atento ao problema da automedicação, que, comumente, não é relatada durante as consultas médicas.

Diagnóstico da Não-adesão

Do que foi anteriormente exposto, depreende-se que nem sempre é fácil identificar o doente não-aderente. É necessário envidar todos os esforços no sentido de apurar o fator responsável, com a finalidade de afastá-lo ou, pelo menos, minimizá-lo.

Além dos meios referidos em todo o decorrer deste capítulo, podem-se utilizar alguns recursos adicionais, que serão relatados a seguir.

Questionamento

E um dos métodos mais utilizados para detectar a não-adesão, pois é simples, barato e útil, porém depende da experiência e perspicácia do profissional. Assim, as perguntas autoritárias devem ser evitadas, desde que possam dar origem a respostas não condizentes com a verdade dos fatos. Segundo Stewart e Caranasos[32], questões como "Você está tomando os medicamentos como recomendei?" são quase sempre respondidas afirmativamente. Deve-se questionar mais especificamente como: "A maior parte dos indivíduos têm dificuldade em lembrar-se de todos os medicamentos. Você tem tido alguma dificuldade de lembrar-se dos seus?"

Como foi referido anteriormente, a realização de entrevista conduzida por profissional não-médico tem se mostrado importante, pois, possivelmente o paciente sente-se mais à vontade, sonegando menos informações.

Controle Sérico das Drogas

O diagnóstico da não-adesão medicamentosa pode ser realizado por meio do controle sérico da droga prescrita. Este método é mais preciso, porém menos compatível com a nossa realidade. Além disso, ele só deve ser solicitado quando em presença de situações muito especiais. Assim, poderá ser requisitado quando, apesar da terapêutica rigorosamente instituída, não ocorre melhora esperada do quadro clínico, principalmente nos casos de afecções graves. Por outro lado, a precisão do método não é absoluta, o que toma por vezes difícil a interpretação do resultado. De fato, muitas provas efetuadas com a finalidade de avaliar o nível plasmático dos medicamentos não discriminam a parcela livre (farmacologicamente ativa) da unida à proteína (farmacologicamente inativa), fornecendo apenas o teor total da droga. Nesses casos, valores considerados normais podem mascarar níveis séricos tóxicos.

Contagem dos Comprimidos

A contagem do número de comprimidos tem se mostrado um método prático, auxiliando, inclusive, para que o doente se habitue a levar as medicações às consultas. Tem se revelado útil, também, na tentativa de eliminar a dificuldade de o paciente lembrar das medicações que está utilizando. É óbvio, porém, que o profissional fica sujeito à honestidade do doente. Embora para alguns essa possibilidade seja remota, é preciso considerá-la para bem avaliar o grau de adesão do paciente ao tratamento preconizado.

Freqüência de Requisição de Receitas

O controle da adesão ao uso de medicamentos através das requisições de receita seria viável em serviços que fornecessem as quantidades exatas de medicações solicitadas e as controlassem conforme as prescrições feitas pelo médico. Em nossa conjuntura, porém, raros serviços têm essa possibilidade, além de que tal controle fica sujeito à veracidade das informações relatadas pelo doente.

Métodos para Promoção da Adesão Medicamentosa

Participação da Equipe Interprofissional

Na abordagem do paciente para promoção da adesão medicamentosa, o profissional precisa ter consciência de que a persistência será a grande aliada.

Após os encaminhamentos para outros profissionais, o ponto-chave da assistência interprofissional é a discussão de caso. Acreditamos ter ficado muito clara a importância de todos profissionais de saúde que compõem a equipe. Esta poderá ter um papel de relevância no atendimento aos freqüentes e múltiplos problemas que afligem o paciente idoso, e a adesão medicamentosa não foge à regra.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É preciso que se entenda que a interprofissionalidade não se restringe a encaminhamentos do doente de um profissional a outro, mas sim de uma maior aproximação entre seus diversos componentes. O ponto crucial é a discussão do problema do paciente, através do qual pode-se nortear a assistência e saber o quanto a equipe poderá colaborar ou estará limitada, conforme a problemática do doente.

Simplificação do Esquema Terapêutico

Além das normas para terapêutica medicamentosa já referidas, serão citadas algumas sugestões que poderão influenciar positivamente na promoção da adesão medicamentosa, como:

- dar preferência por doses únicas;
- procurar evitar prescrições em dias alternados, que podem causar equívocos nos pacientes, que confundem os dias em que tomaram ou não a medicação. Quando necessário, pode-se utilizar um calendário para orientação, assinalando os dias de uso da medicação;
- dedicar maior tempo nas consultas para as instruções que se fizerem necessárias, que, por sua vez, devem ser claras, objetivas e em menor número possível;
- analisar as prescrições anteriores, desde que, muitas vezes, não haja referência à necessidade de continuidade ou suspensão de medicações prescritas;
- providenciar, obviamente nos serviços que têm disponibilidade de medicações, o fornecimento de receitas suficientes até o retorno à consulta, sendo fundamental estar atento à quantidade que deverá ser consumida no período;
- envolver outros profissionais, procurando sempre trabalhar com os recursos disponíveis, fazendo encaminhamentos para enfermeiros auxiliares de enfermagem, psicólogos, educadores etc.;
- esclarecer as orientações, utilizando sistemas de lembranças como transcrição para esquemas com horários; colagens de comprimidos, para facilitar a identificação para pacientes analfabetos; colocação da medicação em local visível; utilizar cartazes ou desenhos; associar o uso de medicamento às rotinas diárias; utilizar despertador; envolver familiares; separar diariamente as medicações em vidros com horários estabelecidos e fazer acompanhamento sistematizado, tanto em consultas médicas como em consultas ou pós-consultas com enfermeiros, preferencialmente sincronizadas.

Relato de Experiência das Autoras do Capítulo

No período de abril de 1992 a dezembro de 1993, como enfermeira da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, prestei assistência a pacientes internados e ambulatoriais, juntamente com a equipe interprofissional. Esta contava com seis médicos, uma assistente social, duas psicólogas, uma nutricionista e uma fisioterapeuta.

Neste período, conforme observação nas consultas de enfermagem e discussões de casos, detectei a necessidade de acompanhar pacientes não-aderentes ao tratamento medicamentoso. Os doentes, após consulta médica ou com os demais profissionais, quando apresentavam dificuldades no tratamento medicamentoso, eram para mim encaminhados.

A análise da bibliografia existente e experiências permitiram a elaboração de um impresso para avaliação da aderência medicamentosa (Anexo I), com o objetivo de detectar causas da não-adesão medicamentosa. Conforme consta neste impresso, após a obtenção das respostas às questões presentes no mesmo eram feitas orientações necessárias ao paciente, inclusive encaminhando-o para consultas de enfermagem, intercaladas com consultas médicas ou em pós-consultas. Estas só eram adotadas caso o doente apresentasse dificuldades para comparecer ao serviço por problemas de locomoção, financeiros, impossibilidade do cuidador ou acompanhante de levá-lo etc. Nos retornos, avaliava-se a adesão com auxílio do Anexo II.

Durante o período de espera das consultas médicas, eram ministradas palestras, nas quais forneciam-se orientações, conforme consta do Anexo III, e esclareciam-se as dúvidas apresentadas pelos doentes.

Foram utilizados os esquemas das Figs. 59.1 e 59.2 para explicar a necessidade de uso regular da medicação e da importância dos horários, para manutenção dos níveis sangüíneos das drogas. Procurou-se, também, nas consultas de enfermagem, reforçar as orientações, utilizando esquemas de horários, colagens de comprimidos etc., conforme consta do item sobre simplificação do esquema terapêutico, já referido.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Embora não tenhamos coletado todos os dados para futura publicação, observamos prevalência de hipertensão arterial sistêmica sobre as demais afecções e maior adesão ao tratamento proposto. Os resultados, embora preliminares, nos animam a prosseguir neste tipo de abordagem, pois todos os esforços da equipe para promoção, manutenção e recuperação da saúde, visando à melhora na qualidade de vida, vêm ao encontro das necessidades da população idosa.

Não é possível esquecer, no entanto, que, diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos, os profissionais de saúde têm em nosso país problemas mais graves a serem enfrentados, seguramente os maiores responsáveis pela não-adesão medicamentosa. Assim, é notória a falta crônica de medicamentos para a população mais pobre, à qual se associam as condições socioeconômicas e culturais precárias em que vive a maioria do povo brasileiro.

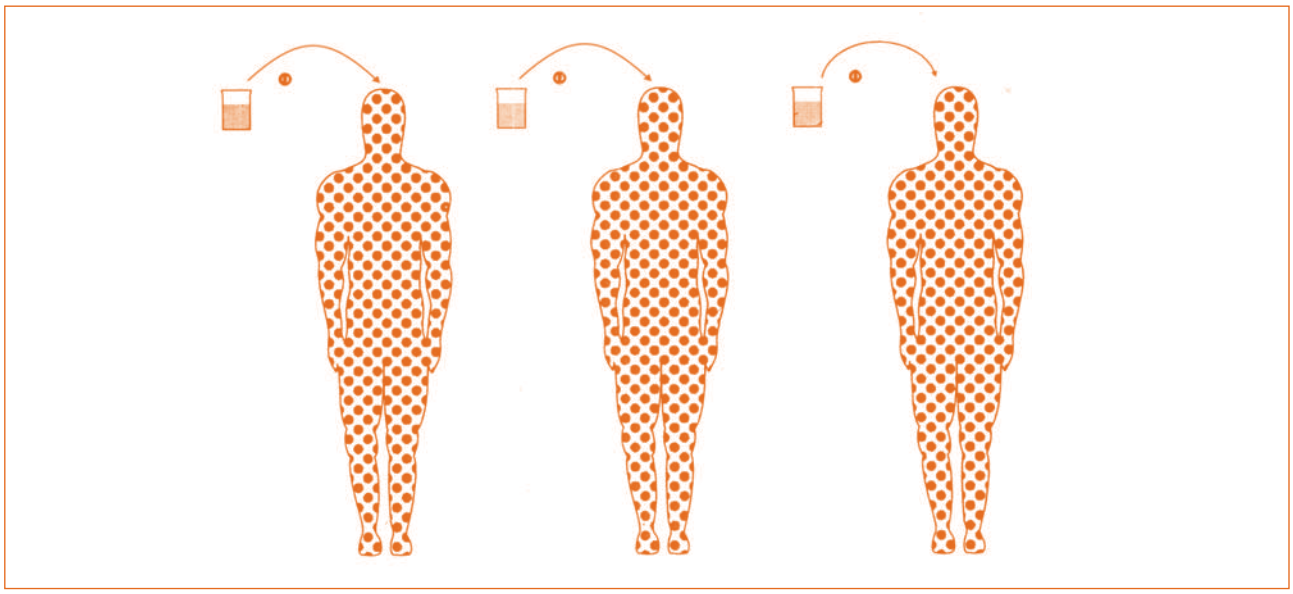


Fig. 59.1 Esquema para demonstrar a necessidade de uso regular de medicação e manutenção da concentração sangüínea das drogas.

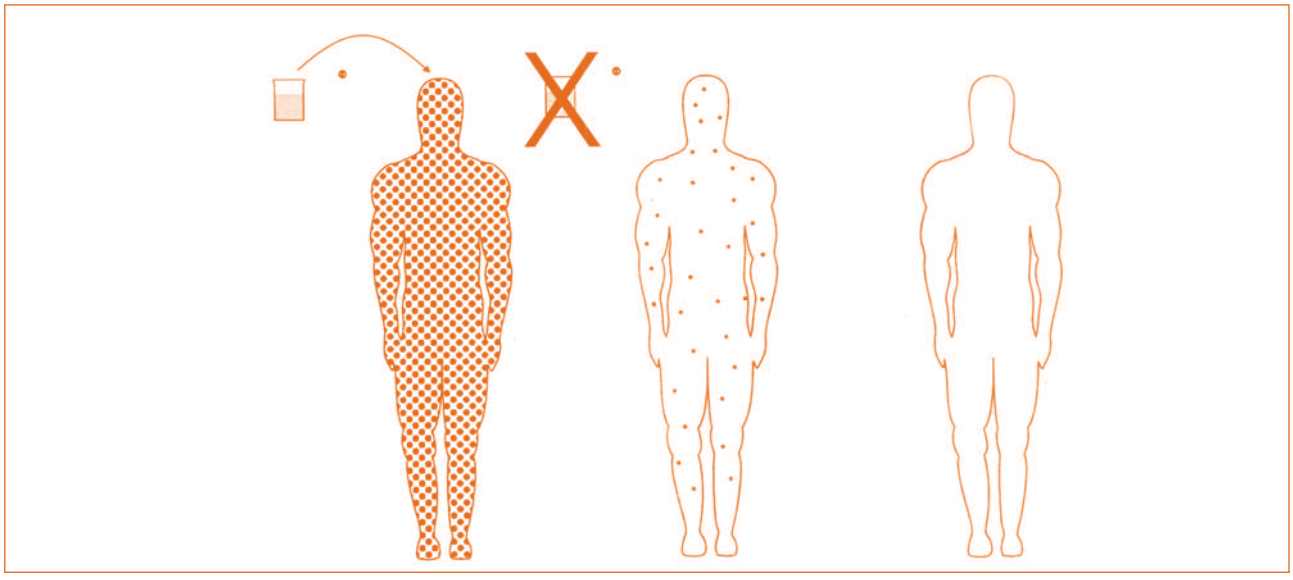


Fig. 59.2 Esquema para demonstrar que ao se interromper o uso da medicação vai ocorrendo diminuição progressiva de sua contribuição sangüínea, até seu completo desaparecimento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Anexo I
Avaliação da Adesão Medicamentosa

Nome: _____ Idade: _____

Diagnóstico médico _____

Última prescrição	Em uso	Sabe para que serve? (S) (N)	Prescrita por:	Observações

Questionário

1) Como toma a medicação?
( ) sozinho ( ) sob supervisão ( ) medicado por outra pessoa ( ) N.R. ( ) N.A.
2) Tem conhecimento sobre a doença? ( ) sim ( ) não
3) Acredita que sua doença poderá lhe trazer riscos?
( ) sim ( ) não Quais? _____
4) Há quanto tempo usa a medicação? _____
5) Faz acompanhamento médico em outro Serviço de Saúde? ( ) sim ( ) não
Qual? _____
6) Parou algum tratamento anteriormente? ( ) sim ( ) não
Qual? _____
Motivo: _____
7) Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa do tratamento?
( )sim ( ) não
O quê? _____
8) Onde adquire a medicação?
9) A maior parte das pessoas tem dificuldade para lembrar se de todos os medicamentos. O(A) sr.(a) costuma esquecê-los?
( ) sempre ( ) freqüentemente ( ) raramente ( ) nunca ( ) N.R.
10) Utiliza algum remédio por conta própria?
( ) sim ( ) não
Qual? _____
11) Apresenta alguma das dificuldades abaixo em relação à medicação:
( ) econômica, mas não chega a ficar sem a medicação
( ) econômica, chegando a ficar sem a medicação
( ) não encontrou na farmácia
( ) depende de outra pessoa para comprar
( ) não utiliza a medicação quando irá sair de casa
( ) não aceita a medicação
( ) não entendeu a receita motivo: ( ) dificuldade visual
( ) analfabetismo
( ) não entendeu a letra
( ) dificuldade para deglutição referente ao comprimido (forma, sabor)
( ) outros

12) Há alguma coisa que o(a) desanime em relação ao tratamento? _____

Observações _____

Orientações _____

Conduta _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Anexo II
Adesão Medicamentosa

Medicação: _____

Última prescrição	Em uso	Sabe para que serve? (S)	(N)	Prescrita por:	Observações

Questionário

1) Necessitou procurar algum Serviço de Saúde desde a última consulta?

( ) sim ( ) não Motivo: _____

2) Está utilizando o esquema terapêutico fornecido?

( ) sim ( ) não Motivo: _____

3) Dificuldades apresentadas: _____

_____

4) Orientações

( ) Trazer as medicações nas próximas consultas
( ) Fornecimento de esquema com horários da medicação
( ) Colocação dos medicamentos em local visível
( ) Solicitação de auxílio e participação familiar
( ) Orientação sobre diagnóstico e tratamento
( ) Colocação diária dos medicamentos em recipientes com horários
( ) Uso de despertador
( ) Outros: _____

Observações _____

_____

Conduta _____

_____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Anexo III
Recomendações

- Mantenha consultas médicas periódicas e informe o médico sobre os todos os tratamentos utilizados.
- Utilize somente remédios recomendados pelo médico.
- Traga às consultas todos os remédios que estão sendo utilizados.
- As doses recomendadas devem ser seguidas rigorosamente, não devendo ser aumentadas ou diminuídas sem orientação médica.
- Procure saber quais os remédios que toma e para que servem.
- Procure observar possíveis alterações ou efeitos que possam ser causados pelos remédios e comunique ao médico.
- Observe o prazo de validade dos remédios e matenha-os distantes de umidade, calor, luz e crianças.
- Caso haja dificuldade financeira para comprar os remédios avise o médico para ajudá-lo(a) na busca de alternativas.
- Coloque rótulos com letras maiores para visualizar o nome dos remédios ou utilize uma lupa, se necessário.
- Não esqueça de tomar os remédios, utilizando os seguintes esquemas:
  - programação de horário relacionada com atividades do dia (café da manhã, almoço etc.);
  - colocação da medicação em local visível;
  - utilização do esquema com horários, colocando o mesmo em local visível;
  - emprego, se necessário, de um despertador nos horários da medicação, ou pedir para alguém telefonar para lembrá-lo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Referências Bibliográficas

1. Alonso NB, Silva DF, Campos CJR. Aderência em epilepsias. In: Arquivos de Neuropsiquiatria. São Paulo; 1991.
2. Becker MH, Green LW. A family approach to compliance with medical treatment: a selective review of the literature. Int J Heath Educ; 1975; 18:173.
3. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. Med. Care; 1975; 12:10.
4. Benavides SE et al. La práctica de la enfermeria gerontológica. In: Organización Panamericana de la Salud. Infortne final: Grupo de trabajo sobre la enseñanza y la práctica de la enfermeria gerontológica. Venezuela: Maracaibo; 1988.
5. Boyd JR, Covington TR, Stanaszek WF et al. Drug defaulting. Part I: Determinant of compliance. Am J Hosp R Pharmacol; 1974; 31:362.
6. Brunner LS, Suddart DS. Apoio de enfermagem a pessoas idosas. In: Enfermagem médico-cirúrgica. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1982. pp. 209-235.
7. Burnside IM. Enfermagem e os idosos. São Paulo: Organização Andrei Editora; 1979.
8. Camargo EA, Zanini AC, Leitão FB P. Cooperação do paciente com seu regime terapêutico. Semina; 1991; 12(2):75.
9. Campedelli MC. Consulta de enfermagem em geriatria. Proposta de modelo. Tese de Livre docência da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1989.
10. Christensen DB. Drug taking compliance. A review and sinthesis. Health Services Res; 1978; 13:17.
11. Ersek M et al. Factors hindeniring patients use of medications for cancer pain. Cancer Practique; 1999; 7(5): 226-32.
12. Evans L, Spelman M. The problem of non compliance with drug therapy. Drugs; 1983; 25:63.
13. Fletcher SW, Poppins EM, Harper SJ. Measurement of medication compliance in clinical setting: comparison of three methods in pactients; prescribed digoxin. Arch Int Med; 1979; 99:635.
14. Fulmer et al. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. J Gerontol Nurs; 1999; 25(8):6-14.
15. Green, L. W. Health education planning: a diagnostic approach. Mayfield: Palo Alto; 1980.
16. Gunter LM, Miller JC. Toward amusing gerontology. Nurs Ras; 1997; 26(3): 208.
17. Haynes RB, Taylor DW Sackett DL et al. Can simple clinical measurements detect patient non compliance? Hypertension; 1980; 2:757.
18. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Johns Hopkins University Press. Baltimore; 1979. p. 5.
19. Hiramatsu CS, Campedelli, Rotter MV. Caracterização da clientela no ambulatório de geriatria de um hospital de ensino. Aderência a medicamentos e tratamentos. Rev. Paul. Enf; 1990; 9(2):24.
20. Irvine et al. Poor adherence to placebo or amiodarone therapy predicts mortality: results from the CAMIAT study. Canadian Amiodarone Myocardial Infarction Arrhythmia Trial. Psychosom Med; 1999; 61(4):566-75.
21. Larue GA. A religião e os velhos. In: Burnside IM et al (eds.). Enfermagem e os idosos. São Paulo: Organização Andrei Editora; 1979. p. 501.
22. Litt IF, Cuskey WR. Compliance with medical regimens during adolescence. Pediatr Clin North Am; 1980; 27:3.
23. Lowe et al. Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice. Br J Clin Pharmacol; 2000; 50(2):172-5.
24. Mion Junior A. Aderência do paciente hipertenso ao tratamen-to. Conferência. XLIII Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia; 1987.
25. Nicola P. Geriatria. (Tradução Ribeiro A.). Luzzato Editores; 1986.
26. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Pasini U. Farmacocinética farmacodinâmica das drogas. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 409.
27. Patrick KP. Compliance. Myth and motivators. Top Clin Nuts; 1986; 7:17.
28. Richards et al. Patients with psoriasis and their compliance with medication. J. Am Acad Dermatol; 1999; 41(4):581-3.
29. Ryan Assumpta A. Medication compliance and older people: a review of the literature.International. J. of Nursing Studies; 1999; 36.
30. Saad P, Prata LE. Caracterização socioeconômica e demográfica do idoso na Grande São Paulo. In: Pereira DM. Idoso: encargo ou patrimônio? São Paulo: Proposta Editorial; 1992.
31. Schernitski P, Bootman JL, Byers J et al. Demographic characteristics of elderly drug overdose patients admitted to a hospital emergency department. J Am Geriatr Soc; 1980; 28:544.
32. Stewart RB, Caranasos GJ. Medicina geriátrica. Adesão a medicamentos em idosos. Interlivros Edições; 1989.
33. Vestal RE. Clinical pharmacology. In: Hazzard WR. Andres R, Bierman EL et al (eds.). Principles of geriatric and gerontology. 2nd ed. New York: McGraw Hill; 1990. p. 201.
34. Viejo et al. Estudio de cumplimiento del tratamiento por via inhalatória en pacientes com enfermedad pulmonar obstructiva cronica. / Compliance with inhalation treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Broconeumol; 2000; 36(6):319-25.
35. Weintraubi M. Compliance in the elderly. Clin Geriatr Med; 1990; 6(2):445.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

60 Cuidado ao Idoso em Instituição

Tomiko Born

Introdução

Quando se fala em instituições para idosos, o termo que logo nos ocorre é asilo, com as imagens correspondentes de um lugar sombrio, mal cheiroso, onde idosos, em estado de semi-torpor, esperam, não se sabe bem o quê.

Os meios de comunicação eletrônicos são mestres em difundir essas imagens, às quais acrescentam mensagens condenatórias daqueles que internaram os idosos: "filhos ingratos, como podem fazer isso com os pais, de quem tudo receberam?". São mensagens que contêm a idéia de que a institucionalização do idoso é sempre um ato de abandono.

No Brasil, muitos continuam sem perceber que o tempo passou e que deixamos de ser um país de jovens. Não conseguimos resolver os problemas fundamentais da nossa sociedade, mas já enfrentamos novos e complexos problemas, que vieram somar-se aos já existentes.

Historicamente, as instituições asilares tiveram origem como um equipamento de assistência social, onde eram abrigados idosos pobres e sem família. Algumas eram, no início, verdadeiros asilos de mendicidade, que lembravam os "Alms Houses" da antiga Inglaterra, regida pela Lei Elisabetana dos Pobres de 1601, onde eram internados os pobres considerados incapazes: o doente, o velho, o cego, o surdo-mudo, o inválido, o demente e mães com crianças pequenas[10].

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842 de 1994) prioriza o atendimento ao idoso através da sua própria família e assinala, ainda, que a modalidade asilar deve ser considerada uma alternativa assistencial *em casos de ausência de família ou em situação de abandono ou pobreza*. Verifica-se, assim, que esta lei não considera outras situações em que o atendimento em instituição asilar possa ser necessário, em caráter temporário ou permanente.

Entretanto, é preciso lembrar que, hoje, a problemática da internação de idosos em instituições assumiu novos feitios: continua havendo um grande contingente de idosos que necessita de abrigos por questões de sobrevivência, mas novos atores entraram em cena: idosos ricos, remediados ou pobres, que trazem as marcas de enfermidades crônico-degenerativas, seqüelas de acidente vascular cerebral ou demências, cujo cuidado pela família tornou-se impossível por vários motivos.

Conforme pondera Saad[18], "embora de uma maneira geral não se questione o fato de ser a família a instância mais capacitada a oferecer o apoio básico aos idosos, e de ser o ambiente familiar o mais adequado para a sua convivência, resta saber até que ponto as famílias terão condições de manter os papéis e vínculos tradicionais com relação aos seus idosos, a despeito do aumento da carga de dependência, do declínio das condições econômicas, do intenso

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

processo de migração e do crescente engajamento da mulher em atividades econômicas fora do lar".

Muitas instituições para idosos em grandes centros urbanos enfrentam problemas semelhantes aos dos países ricos, mas sem os recursos econômicos e tecnológicos correspondentes. As perspectivas são assustadoras. Para agravar, a ausência de um programa de saúde acessível para a maioria da população idosa reflete-se nos novos pedidos de internação que batem às portas das instituições.

É preciso ajustar nossas lentes e examinar a questão da institucionalização nessa perspectiva, tendo como pano de fundo as grandes transformações que ocorreram no Brasil a partir dos anos 1960: urbanização intensa, mudanças na organização familiar, emprego feminino, espaços habitacionais diminuídos, sem falar nas sucessivas crises econômicas que vêm atingindo duramente uma grande parte da população.

Evidentemente, a internação deve ser a última alternativa, depois que todas as outras foram pensadas e esgotadas. Feliz o idoso que pode permanecer até o fim dos seus dias na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidar dele, dispondo de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades.

Com estas considerações introdutórias, pretendemos justificar este trabalho, que objetiva examinar questões relativas ao cuidado ao idoso na instituição asilar, mudanças no papel da instituição para o idoso, discutir critérios para internação, examinar condições para manter a instituição como um lugar para viver, problemas do seu cotidiano, terminando com reflexões sobre perspectivas futuras.

Do Asilo de Mendicidade a Instituições Especializadas

Em vários países do mundo, os asilos para idosos nasceram como um serviço para abrigar idosos pobres e sem família, muitos em estado de mendicância. O Departamento de Geriatria D. Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, que foi transformado em 1996 em Hospital Geriátrico e de Convalescentes, é um bom exemplo dessa trajetória. É hoje uma instituição geriátrica com capacidade para atender 552 idosos, mas sua origem se deve à preocupação em dar assistência aos mendigos que, em fins do século XIX, começavam a aumentar na cidade de São Paulo (Faria, 1971). Crescendo a internação de pessoas idosas, aos poucos passou a prevalecer o caráter de instituição para a velhice e, a partir de 1964, definiu-se como uma instituição geriátrica.

Embora, nos últimos anos, várias pesquisas tenham sido realizadas em instituições asilares, até hoje não há um levantamento de âmbito nacional sobre as mesmas, a não ser o estudo de Hôte[14], um sociólogo francês que, em 1984, pesquisou extensivamente programas para a terceira idade no Brasil. O livro que reúne os resultados do seu trabalho indica que, naquele ano, entre 0,6% e 1,3% da população idosa se encontrava em instituições. O relatório da Caravana a instituições asilares, realizada em setembro de 2001, pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal, comenta, também, que "É difícil saber quantos são os idosos institucionalizados no Brasil. Pelos dados do governo, existem hoje em torno de 19 mil idosos* atendidos em instituições asilares. O número pode ser muito maior se levarmos em conta que muitas instituições do tipo não estão cadastradas e outras tantas funcionam, efetivamente, na clandestinidade."

Segundo dados internacionais, em países europeus e da América do Norte, o percentual de idosos institucionalizados varia de 5% a 8% com predominância feminina e idades avançadas (75 a 80 anos e mais). Aqueles que ingressam com idades mais baixas são geralmente pessoas solteiras, viúvas ou sem filhos (Bureau of the Census, 1993).

As instituições para idosos de caráter filantrópico são geralmente mantidas por associações religiosas (católicas, espíritas, evangélicas), associações de imigrantes e seus descendentes e outras organizações como Rotary, Lyons ou Maçonaria. São também conhecidas como Lares, Casas dos Velhinhos, Casas da Vovó, Recantos, Cidade dos Velhinhos, Centro de Convivência, Centro Vivencial e Ancianatos (no sul do país) e apresentam grande heterogeneidade, variando de um mero abrigo a instituições altamente desenvolvidas, que ostentam um padrão comparável ao do primeiro mundo.

Nos últimos anos, especialmente em centros urbanos de maior porte, multiplicaram-se Casas de Repouso, Clínicas de Repouso ou Clínicas Geriátricas, de caráter privado, com fins lucrativos e extraordi-

*Talvez no Brasil encontrem-se em instituições asilares cerca de 2% a 3% de idosos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nariamente heterogêneas quanto ao padrão dos seus serviços.

Nos anos recentes, muitas instituições filantrópicas passaram a receber números crescentes de idosos dependentes ou semi-dependentes, de idade mais avançada, vários seqüelados de acidente vascular cerebral e outros com quadro demencial. Muitas instituições procuraram adequar-se às novas demandas, reformando suas instalações, construindo outras, contratando profissionais, geralmente com grandes dificuldades devido à permanente falta de recursos econômicos para programas sociais.

Modalidades de Instituições

A experiência dos países mais desenvolvidos, e também do Brasil, indica necessidade de definir critérios para organizar instituições ou unidades dentro de uma instituição, com atendimento especializado, conforme o grau de dependência dos residentes. Nos Estados Unidos, já na década de 1950 fazia-se a distinção entre *Home for the aged* (Lar para o idoso) e *Nursing Home* (Lar para idosos dependentes). Nos anos recentes, devido à multiplicação de programas de atenção à velhice, fala-se num *continuum* de serviços ou num sistema global de serviços à população idosa.

Kane e Kane[15] consideram os *Nursing Homes* (lar para idosos dependentes) como parte integrante dos cuidados de longa duração (*Long Term Care*), um programa híbrido, parcialmente de saúde e parcialmente de serviço social.

Outras fontes (*Nursing Home Info*) nesse país classificam as instituições asilares como:

- Moradias para idosos independentes, que incluem:
  - moradia independente (*Independent Living*) para pessoas capazes de se cuidarem;
  - residência comunitária (*Congregate Care*) que, embora similar ao anterior, proporciona um ambiente comunitário com algumas refeições servidas no refeitório e outros serviços, como transporte, piscina, lojas de conveniência, lavanderia etc;
- Moradias com assistência (*Assisted Living*) em acomodações no estilo de apartamentos, objetivando assistência nas atividades da vida diária com serviços de refeições, limpeza e manutenção do apartamento, assistência em relação aos medicamentos, lavagem de roupas e visitas regulares aos residentes;
- Cuidados intermediários (*Intermediate Care*) que designam lares para idosos com algum grau de dependência, mas que não requeiram grandes cuidados;
- Serviços especializados de enfermagem (*Skilled Nursing Facilities*) são instituições que proporcionam cuidados integrais de enfermagem para pessoas com doenças graves ou deficientes. Estão registrados em órgãos públicos e contam com enfermeiras padrão, enfermeiras técnicas e auxiliares de enfermagem.

Duarte e Pavarini[9], ao se referirem ao atendimento institucional de idosos nos Estados Unidos e Inglaterra, fazem referência a quatro categorias de instituições:

1. pessoas que necessitam de cuidados provisórios até recuperarem a capacidade de cuidarem de si mesmas (reabilitação);
2. pessoas que não podem, por doenças ou incapacidade, cuidar de si mesmas;
3. pessoas com doenças terminais que necessitam de cuidados até morrerem;
4. idosos fragilizados que necessitam de cuidados contínuos.

Recentemente, a Portaria 073/2001 da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social ao formular normas para o funcionamento de serviços de atenção ao idoso, introduziu a expressão Atendimento Integral Institucional para designar os programas desenvolvidos em instituições para idosos e definiu três modalidades de atendimentos, conforme o grau de dependência do idoso:

Modalidade I

É a Instituição destinada a idosos independentes para atividades da vida diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como, por exemplo, andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene etc. A capacidade máxima recomendada é de 40 pessoas, com 70% de quartos para quatro idosos e 30% para dois idosos.

Modalidade II

É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompa-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante. A capacidade máxima recomendada é de 22 pessoas, com 50% de quartos para quatro idosos e 50% para dois idosos.

Modalidade III

É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total em, no mínimo, uma AVD. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada é de 20 pessoas, com 70% de quartos para dois idosos e 30% para quatro idosos com dependência total em pelo menos uma AVD.

Por sua vez, a Comissão de Assessoria Técnica a Instituições da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Seção São Paulo (SBGG SP), ao elaborar o Manual de Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos, examinando a referida Portaria, concluiu que para a realidade de São Paulo era desejável haver quatro modalidades de instituições (ou unidades no interior das instituições):

Modalidade I

É a instituição destinada a idosos com até uma AVD comprometida e capacidade cognitiva preservada, mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por exemplo, andador, bengala, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene etc. A capacidade máxima recomendada por *Unidade*[*] é de 40 pessoas.

Modalidade II

É a instituição destinada a idosos com até três AVDs afetadas e comprometimento cognitivo controlado, que necessitam de auxílio, cuidados especializados, controle e acompanhamento adequado por profissionais de saúde. A capacidade máxima recomendada por *Unidade* é de 30 pessoas.

Modalidade III

É a instituição destinada a idosos com quatro a cinco AVDs comprometidas, com quadro demencial e ou cognição alterada. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada por *Unidade* é de 30 pessoas.

Modalidade IV

É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total nas AVDs. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada por *Unidade* é de 30 pessoas.

Tanto a Portaria 073/2001, como o Manual da SBGG SP[2] contêm orientações para a composição do quadro de pessoal e organização do espaço necessário para o atendimento em cada Modalidade.

Na Inglaterra e nos Estados Unidos as instituições que atendem idosos dependentes são hoje designadas *Long Term Care Institution — LTC,* ou seja, instituição para cuidados de longo prazo. No Brasil passamos a adotar a expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos ILPI, cuja sigla utilizaremos doravante, ao longo deste texto.

Segundo a literatura disponível, na Inglaterra as ILPI encontram-se em estabelecimentos hospitalares[4]. O tempo médio de permanência do idoso nas LTC dos Estados Unidos é de dois anos; a idade média, 82 anos; 70% tem mais de 70 anos; a proporção de sexos é três mulheres para um homem e um terço é admitido diretamente dos hospitais[11].

Tarefa mais difícil do que cuidar de idosos portadores de deficiências físicas é cuidar do idoso demenciado. Muitas instituições continuam com seus residentes demenciados enquanto estes encontram-se num limite considerado tolerável por funcionários e técnicos e não oferecem ameaça nem a si mesmos, nem a terceiros. Agravando-se seu estado, torna-se imperioso o encaminhamento a outras entidades, normalmente hospitais psiquiátricos. Trata-se de um problema grave, fonte de grande preocupação nos países ricos, tanto para as autoridades competentes como para a população em geral. O que dizer de um país de parcos recursos e precária organização comunitária como o nosso?

Entre a Teoria e a Prática ou a Distância entre os Dois Brasis

No Brasil, dadas as condições econômicas extremamente desfavoráveis de uma grande parte da população, o envelhecimento torna-se mais um castigo do que prêmio para muitos idosos; sua aposentadoria irrisória

*No prelo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tende a sofrer achatamento, sua saúde está em declínio por más condições de trabalho e vida e falta de hábitos saudáveis. Quando enfermo, só pode valer-se da rede pública de saúde, sujeito a longas filas de espera e, quando perde a autonomia, sua moradia é inadequada. Caso procure uma instituição, seus recursos só lhe permitem pagar uma casa de repouso de baixo padrão ou esperar vaga numa entidade filantrópica.

Até agora, a ação do Estado tem sido irregular e insuficiente. Faltam políticas públicas, verbas, ação fiscalizadora. A portaria 810 do Ministério da Saúde, sancionada em 22 de setembro de 1989, aprovou as normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Embora necessárias, essas normas não consideraram devidamente a realidade brasileira. No Estado de São Paulo, a portaria do Centro de Vigilância Sanitária de 4 de dezembro do mesmo ano, tornou obrigatória a vistoria pela autoridade sanitária, para efeito de expedição de alvará (único) de funcionamento das respectivas instituições e outras providências.

Por faltarem às autoridades sanitárias do Estado condições para exigir o cumprimento da referida Portaria, grande número de instituições filantrópicas e casas de repouso atendem sem o Alvará de Funcionamento. Deve-se registrar que a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, a fim de superar essa situação, notificou as instituições filantrópicas que, desde de março de 1995, o Alvará de Funcionamento é exigido para a renovação do registro nessa Secretaria. Quanto às casas de repouso, têm merecido a ação fiscalizadora do Grupo de Assistência e Proteção ao Idoso (GAPI), sob a iniciativa do Ministério Público e integrado por representantes da Vigilância Sanitária. Sua ação já resultou no fechamento de um grande número de casas de repouso na Grande São Paulo.

Embora sejam meritórias as ações desenvolvidas, não será nem uma legislação, nem uma enérgica intervenção que irá mudar o atendimento dispensado aos idosos. Mesmo as casas de repouso vistoriadas e liberadas pelo GAPI estão longe de atenderem às necessidades da população idosa. A demanda é tão grande que o próprio Ministério Público admite que não interdita algumas ILPI por não ter para onde encaminhar os idosos que estão sendo atendidos nessas instituições. A Vigilância Sanitária tem constatado que muitas ILPI, mesmo fechadas, reabrem logo depois, em outro endereço, e com outro nome. A verdade é que não temos um dimensionamento adequado da demanda real.

Em setembro e outubro de 2001 a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal organizou uma Caravana a Asilos que percorreu as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Londrina e Curitiba. Visitou 28 instituições e, ao final, produziu um relatório com o título *Uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*. Um dos parágrafos iniciais do relatório resume bem a situação encontrada:

"Nos asilos, os idosos não são concebidos como cidadãos. São resquícios, lembranças avulsas, lamentos. Pessoas tratadas como absolutamente incapazes, mesmo quando no gozo pleno de suas faculdades mentais ou independentes fisicamente. Não podem decidir o que quer que seja, devem responder prontamente às normas internas definidas sempre por outros, comer a comida que outros preparam, dormir e acordar nas horas de praxe, tomar a medicação que lhes é dada e aguardar. Aguardar, indefinidamente, por nada. Em grande parte das instituições, não possuem sequer o direito ao nome próprio. Aqueles que interagem com eles, não sabem seus nomes. O espaço que habitam não é o seu espaço. Dormem em quartos onde as camas quase se tocam, junto com outros idosos que jamais viram antes. Não possuem privacidade, nem contam com mobiliário próprio que lhes permitam guardar seus pertences e ter a eles acesso. Nesses espaços onde se estranham, não contam, em regra, com uma estrutura física adaptada à sua condição física ou às dificuldades que passam a experimentar para locomoção e outras atividades da vida diária (AVD). Os asilos onde foram deixados costumam lhes construir armadilhas perigosas: às vezes, uma escada íngreme, sem corrimão; às vezes um banheiro úmido e escorregadio, sem amparos. Por conta disso, caem freqüentemente e se machucam."

É importante salientar que o quadro descrito não foi encontrado nos estados e cidades pobres, mas em cidades de grande porte e poder econômico como São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Londrina, Recife.

Em 4 de janeiro de 1994, foi sancionada a Lei 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Se de um lado a lei atende à longa luta daqueles que trabalham com idosos e dos próprios idosos, estabelecendo princípios e diretrizes, definindo prioridades e competências, de outro revela também a distância entre os legisladores e a realidade social. Seu artigo 4, Parágrafo único, assinala: "É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social." Esse artigo aparece

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

atenuado no Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei 8.842, art. 18, "Fica proibida a permanência em instituições asilares de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros. Parágrafo único. A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local. Art. 19. Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o Sistema de Saúde local."

Fundamentando-se na Lei 8.842, a Comissão de Direitos Humanos acima mencionada recomendou:

"IV — Que as instituições tipicamente asilares sejam, progressivamente, desativadas em favor de uma política pública que privilegie o atendimento domiciliário, as Casas-lares, os Hospitais dia e os Centros de convivência, conforme diretrizes da Política Nacional do Idoso.

V — Que, em caráter emergencial, o governo federal, os governos estaduais e as prefeituras, assegurem o deslocamento para instituição de natureza hospitalar de todos os idosos portadores de doenças infecciosas ou que necessitem de assistência médica permanente ou de cuidados intensivos de enfermagem que estejam internados em instituições asilares de caráter social, garantindo, desta forma, o disposto pelo parágrafo único do inciso IX do artigo 4 da Lei 8.842/94."

Essas recomendações remetem-nos tanto à análise sobre as mudanças na estrutura familiar, como sobre o aumento de idosos com vários graus de dependência, em decorrência de enfermidades crônico-degenerativas. Devemos nos lembrar, também, conforme afirma Kane e Kane[15], da importância de um sistema global de atenção ao idoso ou da necessidade de um *continuum* de serviços para a velhice. Nesse sentido, a implantação de programas não-asilares não irá excluir a função de ILPI. Provavelmente, conforme se verifica nos países desenvolvidos e, também, nos municípios mais urbanizados e ricos do Brasil, havendo um amplo leque de serviços de atendimento "não-asilar", ingressarão nas ILPI, idosos de idade mais avançada e com alto grau de dependência. Nesse sentido, a recomendação V merece, igualmente, maior atenção. Não se discute a necessidade de transferência de idosos portadores de doenças infecto-contagiosas, mas não se pode ignorar que muitos idosos em ILPI já recebem cuidados da enfermagem e de outros profissionais de saúde, sem, contudo, necessitarem de atendimento hospitalar, mas de uma moradia especializada, como deve ser as ILPI.

Devemos reivindicar, também, um apoio efetivo do Estado aos programas de atendimento integral institucional por meio de pagamentos per *capita* mensal que se aproxime dos valores gastos na manutenção desses programas.* Além disso, é desejável a promoção de treinamentos de dirigentes e funcionários de instituições em parceria com instituições de ensino e sociedades científicas.

Por outro lado, tem-se observado que certas iniciativas que nascem de grupos de instituições para trocas de experiências, num clima de mútua confiança, são extremamente produtivas

A participação das instituições de ensino, do nível fundamental ao universitário nas ILPI tem aumentado nos últimos anos, realizando um intercâmbio mutuamente benéfico. Muitos cursos de nível superior têm organizado estágios em ILPI, proporcionando, assim, atendimentos especializados. Algumas escolas desenvolvem programas de resgate da memória dos idosos, que funcionam, também, para aprendizado de história e geografia. Em relação a crianças do ensino fundamental, um exemplo interessante é o programa desenvolvido por uma professora de Roraima, semi-finalista do concurso Professor Nota 10 de 2002, promovido pela Fundação Victor Civita: Pequenos contadores de histórias, que visava ao desenvolvimento da leitura na criança. As crianças visitavam periodicamente uma instituição e liam jornais ou livros para um idoso por elas adotado.

Instituição para Idosos: Um Lugar para Viver

Na medida em que aumenta a população dependente, seja pelo ingresso de novos residentes ou fragilização dos antigos, uma instituição para idosos corre o risco de tornar-se um hospital de retaguarda ou, pior, uma antecâmara da morte. Mantê-la como uma

*Segundo Auditoria do Tribunal de Contas da União, em junho de 2002, o valor máximo per capita pago pelo MPAS às instituições era de R$60,82 ao idoso dependente, enquanto os custos médios informados eram: em São Luís, R$417,00; em Porto Alegre, R$380,00; Fortaleza, R$351,11; Goiânia, R$400,00; Santos, R$600,00; Belém, R$400,00; João Pessoa, R$340,00; e Recife, R$395,00

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

unidade de vida ou como um lugar onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é reconhecida até no leito de morte é um desafio permanente para as instituições. Essa qualidade é conseguida pelo somatório de atitudes, ambientes, situações. Inicia-se com as entrevistas de internação, passa pelo ambiente físico e humano da instituição, respeito à individualidade e privacidade e com a valorização da autonomia.

O Processo de Internação

A decisão pela institucionalização deve ser tomada após cuidadoso exame das alternativas possíveis, como arranjos na família, contratação de cuidadores, ou utilização de recursos comunitários. No Brasil, devido a escassez de programas comunitários de atendimento ao idoso dependente, as famílias buscam vagas em ILPI em situação de crise, esperando uma solução imediata para o problema, sem disponibilidade para estudo de alternativas. Uma justificativa freqüente para o pedido de internação é a impossibilidade momentânea ou permanente do cuidador de continuar seu papel, devido a enfermidade, acidente e outros problemas que exigem sua atenção; necessidade de trabalhar para enfrentar as dificuldades econômicas ou um clima de grande tensão na família. É preciso reconhecer que cuidar do idoso dependente ou demenciado é uma tarefa estressante. Um vídeo americano para treinamento de familiares (*Labor of love: realities and solutions — A guide to family caregiver education*) lembra que uma dona de casa terá de calcular quatro horas adicionais de trabalho para cuidar do idoso, e para a importância de toda uma organização da vida doméstica em função dos novos encargos, além de suporte de parentes e amigos a fim de proporcionar repouso periódico a essa cuidadora.

Apesar de muitas instituições registrarem aumento de pedidos de internação de pessoas dependentes, pode-se supor que um grande número de idosos continua sendo cuidado em sua própria casa, mesmo nos maiores centros urbanos do Brasil. Nos Estados Unidos, segundo Brink[3], para cada idoso dependente em instituição, há dois sob cuidados em sua própria casa e a maioria das famílias tenta primeiro essa solução, só recorrendo à internação quando a sobrecarga torna-se insuportável ou algo faz supor que o idoso não está recebendo a assistência adequada.

Outra situação muito comum é o pedido de internação ser feito do hospital onde o idoso está internado, na iminência da alta, após sofrer um acidente vascular cerebral ou fratura, num estado que irá exigir imobilidade prolongada ou um longo processo de reabilitação. Naquele país, tal situação corresponde a um terço dos internados em ILPI, não havendo dados levantados em instituições no Brasil, mas observações feitas por profissionais no atendimento diário dos pedidos de internação confirmam alta freqüência desses pedidos. As internações que são abreviadas devido à falta de vagas em hospitais públicos ou aos regulamentos dos planos de saúde, à ausência de unidades intermediárias onde o idoso possa permanecer para reabilitação, dando à família tempo suficiente e acima de tudo alguma tranqüilidade para reorganizar o espaço físico e a vida familiar, permitindo a volta do idoso para a sua própria casa, refletem-se diretamente nos pedidos de internação.

Em quaisquer circunstâncias uma ou mais entrevistas com o idoso e os familiares, conduzidas por uma assistente social ou psicóloga, complementadas, se necessário, por visitas domiciliárias ou ao hospital, são indispensáveis para uma avaliação objetiva da necessidade de internação. Na medida do possível, o idoso deve ser envolvido nesse processo, tomando parte no planejamento e nas decisões, como assinalam Born e Boechat[2]:

"O pleno conhecimento das medidas que estão sendo tomadas contribui para uma melhor aceitação e adaptação. A opinião da família é importante, mas, se for capaz, o idoso deve opinar, decidir. Se suas condições físicas permitirem, uma visita prévia, a conversa com o dirigente e membros da equipe o deixarão mais seguro e menos ansioso."

A Recepção

A instituição deve preparar-se para receber o novo residente e introduzi-lo na rotina da casa, no conhecimento das instalações, no contato com outros residentes e com a equipe responsável. Algumas ILPI organizaram, com sucesso, comissões de recepção integradas por residentes, que se encarregam de recepcionar e acompanhar o idoso nos seus primeiros dias no seu novo hábitat.

O Direito ao "Luto"

Por melhor que seja a qualidade da instituição e dos preparativos para a institucionalização, essa transição na vida do idoso pode ser acompanhada de intenso sofrimento, pelas perdas sentidas, pelo afastamento

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de seu ambiente conhecido, pelas despedidas de vizinhos, temor de abandono pelos familiares e, particularmente, pelo significado atribuído pelo próprio idoso e a sociedade à ILPI — sua última morada. Schisler[19], psicóloga, especializada em tanatologia e longos anos de direção de ILPI em Florianópolis, enfatiza a necessidade de reconhecer o processo de "luto" do residente, e oferecer-lhe o acolhimento e apoio indispensáveis para vencer essa etapa.

O Problema dos Custos

O atendimento de bom padrão numa instituição é extremamente caro. Instituições beneficentes podem ter uma margem de manobra melhor, desde que sua base financeira esteja razoavelmente consolidada, pois sua receita não depende apenas de pagamentos das internações e contam com várias isenções, podendo receber donativos e subvenções. Necessitam, porém, ter seus registros em ordem, ser reconhecidas como entidades filantrópicas e de utilidade pública nos níveis municipal, estadual e federal e manter 20% de gratuidade no seu atendimento. Isto não significa que essas instituições têm situação financeira tranqüila. Muito pelo contrário, necessitam lutar permanentemente para desenvolver campanha de fundos, mas possuem uma estrutura legal e, ao mesmo tempo, um mandato, para atender idosos em regime de gratuidade ou com um pagamento simbólico. Enquanto isso, as casas de repouso particulares, com fins lucrativos, devem arcar com todos os encargos e obter, ainda, uma margem de lucros que compense o investimento.

Não têm sido poucos os profissionais especializados em Geriatria e Gerontologia, que abrem uma casa de repouso e empenham-se em mantê-la num padrão técnico elevado, serem obrigados, após curto espaço de tempo, a fecharem suas portas, por se verem impossibilitados de repassarem as despesas aos idosos ou seus responsáveis. Em São Paulo, as casas de repouso particulares cobram mensalidades que variam de R$1.500,00 a R$3.000,00 (valores de outubro de 2002), oferecendo acomodações e serviços considerados bons, dentro da nossa realidade. Se considerarmos que cerca de 50% da população idosa da Grande São Paulo recebe aposentadoria de até dois salários mínimos ou seja, R$520,00 (na época), chegamos à conclusão de que poucos podem pagar essas internações, a não ser que contem com o auxílio de seus filhos. Se além das despesas com ILPI a família ou o idoso mantém um plano de saúde de cerca de R$300 a R$400 mensais — problema sério quando o idoso se encontra numa instituição que integra um complexo hospitalar —, pode-se imaginar que poucos conseguem arcar com todas essas despesas, por um período mais ou menos prolongado. Numa situação dessas, famílias da classe média são freqüentemente colocadas diante do dilema: ensino de bom padrão para os filhos ou internação custosa dos idosos?

Os Contatos com a Família

Com certa freqüência, diretores ou técnicos de instituições referem-se às famílias de idosos de forma extremamente negativa, acusando-os de negligenciarem os contatos com o idoso ou fugirem dos compromissos assumidos como responsáveis pela internação. Não podemos esperar que todas as famílias tenham uma relação amorosa com o idoso e nem que todos os filhos tenham o senso de responsabilidade desejável. Mas entrevistas com o idoso e a família podem revelar problemas de relacionamento familiar nunca resolvidos e, talvez, até mesmo agravados com o estresse resultante dos novos encargos. Portanto, é preciso fugir da tendência de transformar o idoso em vítima e a família em vilã e procurar compreender a dinâmica da situação, avaliando as forças e as debilidades da família, a duração dos problemas e de que maneira as atuais necessidades do idoso estão afetando o relacionamento entre os membros da família. É interessante observar que certos padrões de relacionamento se repetem e que muitos filhos guardam antigas mágoas e ressentimentos, apesar de serem homens ou mulheres maduros e os progenitores, idosos fragilizados ou demenciados.

Os conhecimentos desenvolvidos por movimentos de terapia familiar e, particularmente, sobre terapia e orientação da família podem ser muito úteis para todos quantos lidam com esses problemas no seu dia-a-dia[13]. Se as instituições tiverem abertura para dialogar com os familiares, num ambiente não-punitivo, é possível esperar, a médio prazo, alguma melhora no relacionamento de pais e filhos, em benefício de ambas as partes, além de colaboração na vida da instituição.

A Interação entre os Residentes

Que imagens e fantasias têm os familiares e idosos sobre as instituições quando consideram a perspectiva de internação? Muitos idosos enfrentam essa perspectiva com receio de perda de liberdade, abandono

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pelos filhos, da aproximação da morte, do tratamento que irão receber de funcionários e colegas. Os familiares imaginam que a instituição não só oferecerá bons cuidados ao idoso em relação à higiene, alimentação, enfermagem, mas também que o idoso poderá ter oportunidade de fazer novos contatos sociais, e quem sabe, amizades.

No microcosmos da instituição, a realidade costuma ser bem distinta da imaginada: as perdas auditivas ou visuais sofridas por muitos idosos podem dificultar a comunicação. Idoso com confusão mental pode acusar colegas ou funcionários de furtarem seus pertences. Há as "panelinhas" dos antigos residentes e resistência para receber novos internos. Até mesmo conflitos abertos podem eclodir, assustando o idoso recém-chegado.

Se, de um lado, é preciso preparar os residentes para a entrada de um novo interno, procurando criar um clima favorável para a sua recepção e adaptação, por outro, é preciso compreender a dinâmica grupal existente. Dessa forma, necessita-se de apoio aos novatos e paciência para com os veteranos, deixando que um clima de tolerância favoreça a convivência mais ou menos satisfatória dos seus moradores.

Vida Sexual e Afetiva

A questão da vida sexual e afetiva dos idosos em ILPI merece maiores estudos e uma abordagem cuidadosa do que numa residência para idosos independentes. É preciso considerar que alguns idosos estão demenciados, outros fragilizados e com grande limitações para o exercício da autonomia. Uma coisa é reconhecer a necessidade sexual dos residentes da ILPI, seu direito à privacidade e intimidade, favorecer o convívio, o namoro e as trocas afetivas entre idosos e idosas na hora das refeições, nos momentos de lazer; e outra, facilitar as relações sexuais, cuja liberação deve ser vista com cautela, sem romantismo. Ao contrário, é preciso estar atento para que o contato sexual não se torne uma forma de abuso contra mulheres fragilizadas.

A Rotina Diária

Se não houver uma programação planejada para os idosos, de preferência com a sua participação, se não se desenvolverem esforços para marcar os vários momentos do dia, a rotina diária do idoso na instituição tende a ser extremamente monótona. Quanto maior a perda da autonomia, maior a monotonia. Os dias tendem a ser a repetição de cuidados pessoais, alimentação, eliminação e repouso com poucas variações e interrupções. Os idosos podem rapidamente desenvolver uma passividade aprendida, serem reduzidos a corpos decadentes e rostos inexpressivos, sem história, com conseqüências negativas tanto para si próprios como para os cuidadores. Cuidar do idoso, não importa a sua fragilidade ou confusão, requer uma abordagem holística ou uma visão de totalidade. Portanto, não basta mantê-lo limpo, alimentado adequadamente com todos os nutrientes, se o idoso não for visto num momento da sua trajetória e integrado na sua cultura e no seu tempo: de onde vem, quais foram seus sonhos, como avalia seu passado, o que significa o seu presente? Nesta perspectiva, cada momento da sua vida não é qualquer momento, e como tal deve ser considerado. Cada dia deve ser marcado por atividades estimulantes, o amanhecer ser diferente do anoitecer, uma semana distinta da outra. O suceder das estações deve ser lembrado com frutas da ocasião, flores, eventos, datas festivas, os dias que se tornam mais longos, as mudanças da temperatura.

Abrir as janelas, cumprimentar o idoso ajudá-lo na sua higiene matinal e na troca de roupas (roupas escolhidas por quem?) é uma forma de marcar o dia que se inicia. Ajudar na higiene vespertina, preparar a cama para o repouso da noite, fechar as janelas, assistir na troca de roupa para pijama ou camisola, desejar-lhe boa noite, anuncia-lhe o término de mais uma jornada. A mudança de turno das funcionárias, a pressa delas em irem para casa, cuidarem do jantar e das crianças não lhes dá tranqüilidade para este ritual. Freqüentemente, a rotina é, terminado o jantar, os idosos dependentes serem colocados na cama para enfrentarem uma longa noite, somente interrompida pela passagem da plantonista noturna. Porém, já se conhecem no Brasil programas vespertinos ou noturnos, organizados com a participação de voluntários em instituições com o intuito de contornar esse tipo de problema, ainda que uma solução permanente possa ser mais difícil.

É importante que os funcionários sejam preparados para a importância da rotina programada e que tenham oportunidades de conhecer alguns detalhes da vida do idoso, para que possam relacionar-se com ele como uma pessoa e não como um vovô ou uma vovó, sem nome e sem identidade. A recíproca é verdadeira e a funcionária deve portar um crachá para facilitar a sua identificação.

Comemoração de aniversários, datas festivas do calendário cristão, de outras religiões ou da comunida-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de de idoso, são todas atividades que devem constar na programação mensal e afixadas em letras grandes, num lugar visível.

Liberdade e Restrições

Uma instituição para idoso deve combinar liberdade e flexibilidade com limites e restrições Brocklehurst[4] recomenda que, tratando-se de sua morada, onde, provavelmente, irá passar os últimos anos da sua vida, é importante que possa desfrutar de um ambiente descontraído, onde possa dedicar-se ao que lhe seja prazeroso. No entanto, a convivência de um grande número de pessoas exige horários e regulamentos que assegurem o bem comum, higiene e segurança. Em particular, o aumento de idosos confusos torna necessária maior vigilância sobre a alimentação, arrumação do seu espaço e armários e manipulação de instrumentos que possam oferecer riscos para si mesmo ou para a coletividade. É uma boa medida discutir os regulamentos com o idoso e seus familiares na admissão, dando-lhes oportunidades para levantarem dúvidas nesse momento e em outras oportunidades. Além disso, encorajar o estabelecimento de uma comissão de representantes para apresentarem reivindicações, sugestões dos residentes é um meio para criar um clima de maior confiança mútua, responsabilidade e participação, minimizando os riscos do autoritarismo, sempre presente na vida da instituição.

Problemas de Pessoal

A qualidade do atendimento ao idoso na instituição depende em grande parte dos funcionários responsáveis pelo seu cuidado pessoal, higiene e alimentação, e/ou do(a) cuidador(a) de idosos Segundo temos conhecimento, são predominantemente pessoas do sexo feminino, situação que é idêntica à dos Estados Unidos, Japão e Alemanha e provavelmente da maioria dos países, tanto do Primeiro Mundo como dos demais. No Brasil, são em geral, pessoas com baixa escolaridade — ensino fundamental incompleto. Algumas instituições de melhor padrão empregam profissionais de enfermagem (auxiliar de enfermagem, enfermeira técnica e padrão), predominantemente com experiência em estabelecimento hospitalar, sendo, ainda, relativamente poucas aquelas especializadas em enfermagem geronto-geriátrica.

Apesar de o cuidador do idoso ser pessoa-chave, pouco tem sido feito, até o presente, em termos da sua qualificação e eventual profissionalização, ficando as iniciativas de seu treinamento a cargo das instituições. O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria interministerial 5.153/99, assinada pelos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social) e o reconhecimento da categoria ocupacional pela Classificação Brasileira de Ocupações (Ministério do Trabalho), criaram condições para que se realizem cursos de capacitação dessa categoria ocupacional: há material didático elaborado por uma equipe multidisciplinar, currículo mínimo e metodologia proposta. Em São Paulo foi elaborado um material didático (vídeo e manual) pela Comissão de Assessoria Técnica a Instituições da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Seção São Paulo em parceria com a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. Há, também, uma publicação que registra o experimento desenvolvido pelo Centro Experimental Público de Formação Profissional, da Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho (1999).

Como há inúmeras experiências já realizadas, por organismos públicos e pela sociedade civil, trata-se de resgatar as experiências bem sucedidas, apoiar as que se encontram em desenvolvimento, incentivar a realização de novos cursos de formação de cuidadores em nível nacional.

A portaria 810/89 apresenta uma extensa lista de serviços que as instituições para idosos devem prover: assistência médica, odontológica, de enfermagem, nutricional, psicológica, farmacêutica, de atividades de lazer, de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia), serviço social, apoio jurídico e administrativo e serviços gerais. Como entender essa Portaria? Se de um lado, deve-se esperar que o cuidado ao idoso vise o atendimento global de suas necessidades e esta listagem está longe de esgotá-las, de outro, deveríamos nos interrogar que instituição será capaz de atender a todas essas necessidades, ainda que recorrendo a serviços da comunidade? Ademais, é preciso definir as responsabilidade da instituição e da família do idoso, deixando bem claro o que se espera das duas parte e que cuidar do idoso é uma tarefa que deve ser realizada em parceria, não esquecendo o papel que cabe ao próprio idoso. Evidentemente, a instituição terá de assumir maior responsabilidade quando o idoso não tiver nem familiares, nem amigos que possam substitui-los. Temos constatado que, dependendo da capacidade financeira da instituição, disponibilidade de profissionais e visão dos dirigentes , varia enormemente a composi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ção do quadro de pessoal. Além de proporcionarem abrigo e alimentação, as instituições procuram oferecer basicamente, serviços de enfermagem, assistência médica e assistência psicossocial.

Em muitas instituições filantrópicas, a assistente social, juntamente com a encarregada de enfermagem, é a profissional comumente encontrada. O serviço médico é muitas vezes oferecido por profissionais voluntários, sendo os geriatras ainda em número reduzido. A Portaria ministerial já referida exige, no caso das instituições que prestam "atenção médico-sanitária", um coordenador médico (no estado de São Paulo deve estar registrado na Vigilância Sanitária). Profissionais de reabilitação, especialmente fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais já têm experiências acumuladas em instituições, mas fonoaudiólogas dificilmente são encontradas, o mesmo ocorrendo com o especialista em locomoção do deficiente visual. Embora imprescindível, o trabalho destes especialistas só terá resultados se forem capazes de criar um ambiente que valorize a autonomia, conscientizando o pessoal auxiliar para a importância da reabilitação, especialmente através das atividades da vida diária.

A função da nutricionista é extremamente importante, mas seu papel não pode se limitar ao cálculo dos nutrientes e organização do cardápio. Deverá orientar o pessoal da cozinha e da copa sobre o significado afetivo da refeição e da necessidade de zelar também pelos seus aspectos estéticos. Organizar refeições com sugestões e pedidos dos idosos, criar oportunidades ocasionais para permitir a escolha de alguns pratos pode ser um exercício de autonomia extremamente importante para as pessoas dependentes.

O papel do psicólogo deve ser exercido tanto no atendimento de idosos como na orientação dos demais profissionais e orientação e apoio às atendentes de idoso em relação aos problemas que os idosos apresentam, tentando compreender e interpretar seu comportamento junto a eles.

A Equipe Interdisciplinar

Não basta haver profissionais de várias áreas, competentes e bem intencionados. Muito mais do que num hospital ou num centro dia, a instituição de longa permanência requer uma orientação unificada, resultante de uma visão holística dos problemas do idoso. A interdisciplinaridade é, também, um caminho para os profissionais poderem superar suas distorções e a compreensão limitada da realidade, fruto da excessiva especialização em todos os setores de conhecimento humano. A atuação interdisciplinar supõe a formação da equipe, e esta, a realização de reuniões periódicas para estudos teóricos, estudos de casos ou situações, visando o diagnóstico, a elaboração de um plano de trabalho e posterior avaliação. A própria rotina diária, as programações e a atuação dos funcionários deveriam, igualmente, merecer a atenção dessa equipe. A supervisora dos cuidadores de idosos deverá fazer parte dessa equipe, a fim de assegurar a continuidade dessa linha de trabalho nas instâncias inferiores, fazendo o trabalho de formação de equipe neste nível. Sem esta preocupação, a equipe multiprofissional pode produzir um belo trabalho para congresso de especialistas, sem em nada alterar a qualidade de vida do idoso.

As instituições que dependem de profissionais voluntários e emprega outros em regime de tempo parcial, encontram muitas dificuldades para implantar e manter o trabalho multiprofissional. Mas, há também, problemas organizacionais que prejudicam e impedem a adoção dessa linha de trabalho.

Adequação Ambiental

Quem teve oportunidade de visitar instituições para idosos em países desenvolvidos, ou mesmo as viu em filmes ou em revistas de arquitetura, sabe dos esforços feitos nesses países para criar projetos arquitetônicos funcionais, agradáveis, aconchegantes para instituições de idosos. Aqui mesmo no Brasil há algumas instituições projetadas por arquitetos com uma orientação gerontológica, obedecendo, também, a normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

É claro que projetar boas construções requer muito dinheiro e, neste sentido, as instituições aqui existentes refletem mesmo a pobreza da nossa sociedade. Mas, pensando bem, talvez a pobreza não seja apenas econômica. Num país que produziu arquitetos de fama internacional e construiu algumas obras que figuram em catálogos internacionais, a maioria dos profissionais e as faculdades de arquitetura parecem não ter descoberto a realidade do envelhecimento e as necessidades dela decorrentes, tanto nas edificações como no traçado urbano.

Temos visto os já escassos recursos financeiros desperdiçados em novas construções ou reformas inadequadas, pela não-observação de normas básicas, além das diretrizes traçadas na Portaria 810/89.

Resumindo, podemos dizer que uma instituição deve ser a mais próxima possível de uma moradia e além de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

oferecer segurança e condições higiênicas, respeitar a privacidade e individualidade, promover a autonomia, possibilitar o encontro de pessoas, ser ensolarado, claro e agradável. Num país, onde o medo aos assaltos obriga-nos a colocar grades de proteção nas janelas e onde uma grande parte da população, mesmo da classe média, mora em más condições, talvez seja esperar demais das instituições. No entanto, ficam aqui como referências.

Comecemos pela cor das paredes: a literatura americana sugere que o ambiente seja colorido e estimulante e que as cores pálidas e pastel podem todas assemelhar-se, motivo por que recomenda o uso de tons brilhantes Numa visita que realizamos a um hospital dia, em Frankfurt, Alemanha, notamos que as paredes tinham cores quentes, em tons de marrom, não se assemelhando a um ambiente hospitalar, e o médico disse-nos ter tido a assessoria de psicólogas na escolha das cores, com o objetivo de tornar o ambiente mais estimulante. Provavelmente, essa preocupação deve ser maior num país de inverno frio e prolongado, mas certamente é um detalhe que não deve ser esquecido aqui também.

Além dos dispositivos de segurança previstos na Portaria já referida, os corredores devem ter pisos antiderrapantes, corrimão e iluminação adequada. O piso não deve ter cores contrastantes, pois estas podem dar a impressão de alterações em altura, confundir o idoso e causar quedas.

O mobiliário deve ser confortável e seguro. Mesa de concreto, bancos fixos no piso ou mesmo bancos sem encosto devem ser evitados. A altura das poltronas e cadeiras deve ser adequada à estatura dos usuários. Deve-se observar que os idosos têm maior dificuldade em se sentar e levantar de cadeiras ou poltronas muito baixas, macias ou fundas. Os móveis recebidos em doação ou trazidos da casa do próprio idoso devem ser examinados e, quando necessário, adaptados ou descartados.

Permitir que o idoso leve seu próprio mobiliário ao ingressar na instituição ou pelo menos alguns pertences seus, uma cadeira, mesa de cabeceira, um quadro dará um toque familiar ao ambiente, permitindo estabelecer uma continuidade com o passado. Um ambiente familiar pode diminuir a ansiedade do idoso provocada pela mudança radical que ele teve de fazer.

Vasos de plantas, flores naturais, pássaros e aquários concorrem para dar vida ao ambiente e torná-lo mais acolhedor.

Recuperação e Valorização da Autonomia

Respeitar o idoso é, antes de mais nada, criar condições para que ele possa exercer sua autonomia, ainda que limitado por incapacidades físicas ou deficiências sensoriais. Primeiramente, é importante haver um ambiente físico adequado, móveis, equipamentos e utensílios adequados. Corrimão nos quartos e corredores, apoios junto ao sanitário, e no box do chuveiro, cadeira sanitária ou um simples banco para tomar banho sentado já ajudam muito. Andadores e cadeira de rodas podem facilitar a mobilidade; apoios adaptados à cama podem facilitar o movimento de deitar e levantar da cama.

Catálogos de países desenvolvidos apresentam uma oferta enorme de artigos. Aqui no Brasil começa também a aumentar a oferta e melhorar a qualidade dos produtos. para idosos dependentes. No entanto, isso não basta. É preciso a valorização da autonomia, tanto pelo idoso, como pelos cuidadores, sejam estes formais ou informais.

Além dos equipamentos vendidos em lojas especializadas, há provavelmente muitos outros fabricados artesanalmente, em instituições ou na moradia do idoso. É lastimável que até hoje haja pouco intercâmbio entre as instituições para a troca de *know-how* desenvolvido, a fim de contribuir mutuamente para a elevação da qualidade de atendimento.

Um outro item que não tem merecido a nossa atenção é a confecção de vestuário adequado para pessoas portadoras de deficiências, que pode igualmente favorecer maior exercício de autonomia.

Equipamentos, utensílios, roupas, tudo isso só terá valor se forem introduzidos na vida do idoso, dentro de um processo de reabilitação, no qual é indispensável a efetiva colaboração de todos que convivem com ele. Sem o seu concurso, os melhores equipamentos tendem a tornar-se inutilidades.

Incontinência

A incontinência é um dos problemas mais freqüentes e aflitivos para o idoso. A julgar pelo aumento da oferta de fraldas descartáveis para adultos, é um problema crescente entre os idosos em geral. Parece haver uma tendência tanto entre os idosos, como entre os cuidadores, para considerá-la inevitável e irreversível, antes de haver maiores investigações ou tratamentos, apesar de terem aumentado, nos últimos anos, recursos terapêuticos para este problema.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A literatura americana[11] menciona que 33% de residentes em instituições são incontinentes. Não temos conhecimento de dados estatísticos similares no Brasil, mas uma consulta em São Paulo, em duas grandes instituições, indicou resultados que se aproximam daqueles.

Visitando instituições ou moradia de idosos dependentes, o odor de urina é um dos sinais indicativos do seu mau funcionamento e da negligência em relação ao idoso.

Temos informações de que nos países desenvolvidos há um empenho em diminuir o problema da incontinência. Menor proporção de idosos que dependem de fraldas é considerado, nesses países, sinal de qualidade da instituição. Estudos sistemáticos têm sido realizados para detectar as causas da incontinência e medidas são estudadas para remover essas causas, seja pelo tratamento médico, seja pela provisão de sanitários portáteis e vestuários modelados em função das dificuldades do idoso, além de retreinamento dos idosos e treinamento de cuidadores.

Mort[17] observa que as causas da incontinência são médicas, físicas, psicológicas e sociais e recomenda que todos estes aspectos sejam investigados e ações adequadas sejam desenvolvidas, antes de considerá-la inevitável. Suas recomendações em relação ao tratamento da incontinência resumem-se nos quatro pontos abaixo enumerados:

1. nem a idade, nem a capacidade mental reduzida devem negligenciar a investigação médica. A equipe responsável pelo re-treinamento deverá saber a causa da incontinência e o tipo de incontinência, e se informar sobre o uso de medicamentos como, por exemplo, diuréticos. Informações sobre o prognóstico são também necessários, para poder tratar os elementos reversíveis e pensar nos meios para enfrentar os irreversíveis;
2. pacientes com dificuldades físicas para chegarem rapidamente ao sanitário ou para usá-lo sem a ajuda de outra pessoa podem ser considerados incontinentes, embora não sejam no sentido correto. Re-treinamento e maior habilidade no manejo de cadeira de rodas e para sentar e levantar-se do sanitário podem resolver o seu problema;
3. quando a causa é psicológica, o doente tende a melhorar na medida em que for integrado num grupo e tomar consciência do seu ambiente;
4. as causas sociais incluem o fator "negligência social": quando o idoso não tem o estímulo de contatos humanos, sente-se rejeitado e não se importa com o seu problema. Barreiras arquitetônicas podem impedi-lo de chegar ao sanitário em tempo.

Na literatura americana encontra-se também recomendação do exercício Kegel para melhorar a tonicidade muscular e apoiar a estrutura pélvica — útero, bexiga e reto —, corrigindo ou atenuando alguns casos de incontinência em mulher idosa[5]. Quem pratica ioga conhece, igualmente, exercícios de contração da musculatura anal e de todo o assoalho pélvico recomendados para prevenção de problemas de incontinência. Dada a gravidade do problema, seria importante que maiores esforços fossem desenvolvidos sistematicamente, tanto no sentido preventivo como curativo, concorrendo, dessa maneira, para aliviar o sofrimento de muitas pessoas e promover seu bem-estar.

Os Contatos com a Comunidade

Evitar ou minimizar a tendência de a instituição tornar-se isolada e fechada exigem esforços contínuos, tanto dos dirigentes, como da comunidade. Na medida do possível, é recomendável que a instituição ofereça oportunidades aos grupos locais para visitarem suas dependências, eventualmente organizarem atividades conjuntas tanto de jovens como de idosos com os residentes. Abrir seus serviços para usuários da comunidade, organizar cursos e palestras sobre técnicas de cuidado do idoso para familiares de idosos e voluntários, são alguns exemplos de programas que podem ser desenvolvidos.

Kane e Kane[15] observam que nos Estados Unidos algumas ILPI mantém serviços comunitários de cuidados diários a idosos (*day care center*), refeições sobre rodas, atendimento domiciliário e o *respite care*, que são os serviços de cuidado ao idoso que objetivam o repouso temporário do cuidador; traduzido em português como respiro.

Manter um pequeno *playground* ou uma pequena praça ajardinada com bancos e abrir esses espaços para crianças da comunidade pode ser um ótimo serviço à comunidade que pode ter efeitos salutares para os próprios idosos. Temos observado como a presença de crianças pequenas, filhas de funcionários ou visitantes, traz alegria e desperta sentimentos ternos nos residentes de instituição. Uma revista informativa do governo japonês relata uma experiência de intercâmbio entre uma residência para 100 idosos e de um jardim da infância que acabou resultando na cons-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

trução de um prédio único para os dois serviços, facilitando mais ainda o convívio entre idosos e crianças. Crianças e idosos foram observados e foi constatado que as crianças tornaram-se mais interessadas pelos demais, mostraram mais compreensão e paciência, enquanto os idosos ficaram mais animados e sua saúde melhorou.

De outro lado, criar condições para que os idosos possam ver uma exposição, assistirem a uma atividade artística, mesmo numa cidade grande e complexa como São Paulo, pode ser uma experiência trabalhosa, mas prazerosa e muito benéfica. Um simples passeio de ônibus, que possibilite ver outros horizontes e pessoas poderá ser extremamente gratificante, sobretudo para as pessoas com problemas de mobilidade. Incentivar contatos entre as instituições asilares e escolas de ensino fundamental favorece oportunidade de aprendizado mútuo.

Convidar pessoas voluntárias para prestarem serviços na instituição, para sentarem-se com os idosos na mesa das refeições, ajudando a servir os pratos, enquanto faz comentários sobre acontecimentos da vida cotidiana é uma outra forma de fazer a ligação com a comunidade.

Manter um programa de curta permanência é um meio de otimizar os serviços da instituição e oferecer alternativas à longa permanência para uma parte da população idosa. São internações que variam de uma semana a três meses e visam o descanso temporário dos cuidadores de idosos. Vários países desenvolvidos mantém esse programa. Na Inglaterra há pequenas residências de caráter permanente e temporário, onde um terço das vagas destina-se para estadias temporárias, de modo que o idoso pode alternar sua vida entre sua casa (dois meses) e instituição (duas semanas).

A Morte e o Morrer

Uma instituição que cuida de um grande número de idosos dependentes é forçada a conviver com a realidade da morte. Algumas instituições de bom padrão em São Paulo, têm verificado que o pavilhão para idosos dependentes corre o risco de transformar-se em um *hospice* devido à internação de algumas pessoas extremamente fragilizadas, que falecem depois de três meses. Embora não faça parte da cultura brasileira a discussão e o preparo para a morte, é um tema que deveria merecer maior atenção no treinamento dos que trabalham na instituição. Quanto à família, lembrá-la sobre a importância de pensar antecipadamente sobre as providências a tomar quando da ocorrência da morte pode poupar-lhe maiores dissabores e sofrimentos.

Perspectivas Futuras

No Brasil, dada a carência e a desorganização, tanto nas políticas sociais compensatórias como na de saúde, todas as soluções propostas, por melhor que sejam, serão insuficientes e correm o risco de serem rapidamente superadas pelo aumento de problemas. No trabalho com idosos, nada mais verdadeiro. Mas o idoso não pode esperar. O tempo urge.

Comecemos por desmistificar a natureza das instituições para idosos, reconhecendo que o aumento da população idosa e a extensão da longevidade criou uma nova categoria de idosos necessitada de cuidados especializados em instituições.

Essa nova população requer cuidados especializados e custosos que uma grande parte dos idosos não pode pagar com a sua aposentadoria e ajuda dos filhos, o que os sujeita a internação em instituições (com freqüência, casas de repouso) de péssima qualidade ou ao abandono em sua própria residência.

Não é mais possível deixar que a solução desses problemas continue nas mãos da iniciativa privada (casas de repouso) ou entregues apenas à boa vontade das instituições filantrópicas. Muitas destas necessitam superar o seu estágio de assistencialismo e desenvolver uma nova compreensão do seu papel, face à nova realidade a fim de adequarem seus programas para a nova realidade. Aquelas, não obstante a seriedade de intenção de alguns proprietários, e os seus conhecimentos de Geriatria e Gerontologia, não têm o fôlego para um atendimento em massa e a baixo custo.

É, sem dúvida, prioritária a criação de serviços comunitários, que, oferecendo cuidados diurnos ou noturnos, atendimento domiciliário e muitos outros programas, possibilitem a manutenção do idoso dependente no domicílio. Mas não nos enganemos, essas medidas podem retardar a internação, mas, como revelam dados dos países mais adiantados, novos candidatos à internação terão idade mais avançada e apresentarão maior grau de dependência.

Essas considerações fazem-nos concluir que um passo maior e mais ousado deve ser estudado, visando à criação de organizações não-governamentais com a participação de associações de idosos, associações de aposentados, grupos de mulheres, movimentos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

religiosos, e grupos empresariais e profissionais da saúde para estudar uma estrutura capaz de equacionar esse problema a médio prazo.

Concomitantemente, devemos exigir do poder público, ações consistentes e conseqüentes junto a ILPI, filantrópicas ou com fins lucrativos, a fim de exigir um padrão mínimo nas suas instalações e serviços.

Deve-se estudar a adoção imediata de uma nomenclatura uniforme em todo o território nacional para definir as categorias de instituições para idosos e estudar meios para coletas de dados sobre instituições sob a orientação de entidades como a FIBGE.

Finalmente, devem ser encorajadas e apoiadas todas as iniciativas da sociedade civil que visem à melhoria da qualidade das ILPI para idosos, em parceria com o Estado, por meio de cursos para dirigentes e funcionários, produção de vídeos e folhetos.

Decretos, Leis, Portarias

1. Portaria MS-810/89 — Normas para o funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras Instituições Destinadas ao Atendimento do Idoso.
2. Lei 8842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.
3. Decreto 1948 de 3 de julho de 1996, regulamenta a Lei 8842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.
4. Portaria Interministerial 5153/1999, institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.
5. Portaria SAS-073 de 10 de maio de 2001, que estabelece Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil.
6. Decisão nº 590, 2002 Plenário do Tribunal de Contas da União.

Referências Bibliográficas

1. Beisgen B. A Life-enhancing activities for mentally impaired elders. A practical guide. Nova York: Springer Publishing Co.; 1989.
2. Born T, Boechat NS. A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado in: Freitas EV, Py L, Neri AL et al. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 768.
3. Brink TL. Psicoterapia Geriátrica. Rio de Janeiro: Imago; 1983.
4. Brocklehurst JC., Hanley T. Geriatria Fundamental. Barcelona: Ediciones Toray, S.A.; 1979.
5. Butler RN, Lewis MI. Sexo e Amor na Terceira Idade. São Paulo: Summus Editorial; 1985.
6. Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Seção São Paulo. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Manual de Funcionamento; 2002.
7. Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal. Relatório da V Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil; 2001.
8. Departamento de Geriatria D. Pedro II. Relatório das atividades do mordomo Carlos Coelho de Faria. Período de 1964-1971. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia; Mimeografado.
9. Duarte YAO, Pavarini SCI. Instituição de Idosos: qualificação de pessoal. I Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia — GERP'98. Consensos de Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção São Paulo.
10. Friedlander WA. Introduction to social welfare. Nova York: Prentice-Hall; 1955.
11. Gelfand D, Olsen JK. The Aging Network Programs and Services. Volume Eight in the Springer Series on Adulthood and Aging. Nova York: Springer Publishing Company; 1989.
12. Gutman G (org.). Shelter and care of persons with dementia. The Gerontology Research Centre. Vancouver: Simon Fraser University; 1993.
13. Herr JJ, Weakland JH. Counseling elders and their families. Practical techniques for applied Gerontology. Nova York: Springer Publishing Company; 1979.
14. Hôte JM. Brasil uma política para a velhice já. Brasil; 1984.
15. Kane RA, Kane RL. Long-Term Care: Principles, Programs and Policies. Nova York: Springer Publishing Company;1987.
16. Lopes G, Maia M. Sexualidade e envelhecimento. Envelhe...sendo com Sexo. São Paulo: Saraiva; 1994.
17. Mort. M. Retraining for The Elderly Disabled. London: Croom Helm; 1985.
18. Saad PM. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil in Informe Demográfico nº 24: A População Idosa e o Apoio Familiar. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1991.
19. Schisler EL. Mais vida, menos morbidade na Instituição Gerontológica. In Seminário de Instituições Gerontológicas, I Congresso de Geriatria e Gerontologia do Mercosul; 1999.
20. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (Governo do Estado de São Paulo). Viver e ser cuidado em instituição asilar: Manual para Cuidadores de Idosos.
21. U. S. Bureau of the Census. International Population Reports p. 95/92-3. An Aging World. U.S. Government Printing Office Washington; 1992.
22. www.nursinghomeinfo.com/nhserve.html

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

61 Doente Idoso Terminal: Considerações Gerais e Cuidados Paliativos

Matheus Papaléo Netto
Gustavo Lima Spínola

Introdução

Os progressos tecnológicos e os avanços da medicina são, seguramente, fatores fundamentais para o aumento da expectativa de vida. De fato, com o desenvolvimento de numerosos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, da adoção de medidas preventivas mais eficazes e de técnicas cirúrgicas mais avançadas, tem sido possível eliminar ou retardar o aparecimento de algumas causas de morte precoce e, com isto, aumentar a longevidade. O crescimento do número e da proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é um fenômeno mundial, particularmente mais acentuado nos países em desenvolvimento.

Este fenômeno vem ocorrendo principalmente a partir das últimas décadas do século passado e será, segundo projeções, ainda maior no século recém-iniciado. Tomando-se o Brasil como exemplo, a taxa de crescimento da população idosa, comparando-se o número de idosos então existente em 1950 com a projeção para o ano 2025, será 16 vezes maior, ou seja, passará de dois milhões para aproximadamente 32 milhões. Deve ser ressaltado ainda que a população de pessoas de faixas etárias mais avançadas (80 anos e mais) mostra uma proporção de crescimento ainda maior.

Se, de um lado, pode-se admitir que a maior parte da população envelhece em boas condições de autonomia e independência, de outro, uma parcela de pessoas, principalmente em fases mais avançadas da vida, envelhece em condições por vezes dramáticas, fruto de doenças que, além de imporem limitações físicas importantes, acarretam aumento da taxa de mortalidade.

Essas considerações colocam em evidência que o aumento da longevidade, sempre desejável e demonstrada com os dados anteriormente referidos, pode acarretar o ônus da indesejável decisão sobre os vários aspectos que envolvem o doente terminal, ou seja, o reconhecimento, pelo médico e por toda equipe interprofissional, do limiar entre o que ainda pode ser feito e quando não há nada mais a fazer do ponto de vista da cura ou melhora do doente. Embora o médico, conhecedor dos avanços terapêuticos e tecnológicos da medicina, deva investir todos os recursos disponíveis para tentar levar o paciente a seu estado de saúde ou, pelo menos, muito próximo dele, é óbvio que não deve utilizar métodos desproporcionais para prolongar a vida que passou a ser arduamente vivida. É nesse momento que é recomendável, se não obrigatória, a adoção de medidas paliativas.

O presente capítulo aborda, de maneira resumida, considerações sobre o sofrimento, o processo de morrer e a morte, a definição de doente terminal, particularmente em pessoas idosas, o resumo histórico dos *hospices*, a relação e a participação do médico e da equipe interdisciplinar na rotina do paciente e da família, as medidas paliativas a serem utilizadas e os principais aspectos éticos envolvidos no atendimento ao doente idoso terminal. Não é objetivo deste capítulo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

discutir os cuidados paliativos a serem empregados em cada enfermidade, pois isso ultrapassaria os limites de um livro cuja finalidade é abordar os aspectos mais importantes da medicina geriátrica. O estudo do paciente idoso terminal e dos cuidados paliativos claramente envolvem diversas nuances que exigiriam a publicação de livro dedicado somente a este tema.

Vale lembrar, neste momento, um aforismo de um autor anônimo do século XVI que, de certa forma, contempla o exposto nesta introdução: "Curar, às vezes; aliviar, freqüentemente; confortar, sempre."

Sofrimento, Medo, Processo de Morrer e Morte, Comportamento da Família

Sofrimento e Morte

O fato de saber que iremos morrer é, por si só, causa de sofrimento. Sofrimento e morte, nesta situação, caminham juntos. Ignorar a inexorabilidade da morte e a dificuldade de se conviver com sua existência são atitudes próprias das sociedades contemporâneas, que não conseguem suportar nem mesmo que as pessoas idosas falem sobre esse "fantasma", nem lhes permitem que lembrem seus mortos, suas saudades e tristezas a respeito dos que se foram. Esta é a atitude de nossos dias. Houve épocas, porém, em que as pessoas conviviam melhor com a realidade da morte, suportavam-na, enfrentavam-na com maior galhardia. Se, por um momento, tomarmos consciência de nossa finitude, aceitaremos com mais facilidade este fato, sem procurar negar e/ou adotar atitudes de revolta perante o inexorável.

Hoje há uma tendência da sociedade de considerar a morte algo que não faz parte da experiência da vida, visando a afastá-la da rotina social de cada dia, como demonstram uma série de iniciativas socioculturais. Nascimento, vida e morte estão indelevelmente ligados e é impossível dissociá-los, não se podendo, pois, partir para a negação do que é uma óbvia constante de nosso dia-a-dia.

Sistematização do Processo de Morrer

A psiquiatra tanatóloga Elizabeth Kubler-Ross publicou em 1969 uma obra denominada *On Death and Dying*[12], na qual procurou sistematizar o processo de morrer dividindo-o em cinco etapas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A negação, referida anteriormente, seria a primeira reação do paciente que caminha para o fim. O reconhecimento dessas diversas fases é de fundamental importância para implantação de medidas pela equipe interprofissional que visem a melhor entender e ajudar o doente.

Este modelo de sistematização do processo de morrer teve impacto importante para os estudiosos em tanatologia, particularmente para os profissionais de saúde, que são obrigados a lidar com doente em fase terminal de sua vida. Este modelo, mais recentemente, sofreu críticas entre os praticantes de cuidados paliativos, que, embora reconhecendo o mérito da pesquisadora, assinalavam a existência de várias falhas e deficiências em sua teoria. Entre esses estudiosos destaca-se Buckman[3,4], que sugeriu um novo esquema de interpretação do processo de morrer, permitindo melhor avaliação da evolução do doente terminal e, portanto, melhor definição de prognóstico.

O autor dividiu o processo de morrer em três estágios, propiciando maior aproximação entre realidade e experiência clínica. Os três estágios deste modelo, que se encontram na Tabela 61.1, são: inicial, crônico e final.

O estágio inicial é caracterizado por uma mistura de reações e respostas que depende de cada pessoa , ou seja, depende de se encarar a possibilidade de

Tabela 61.1 Modelo do Processo de Morte em Três Estágios

Estágio Inicial: "Encarando a ameaça"
Mistura de reação e respostas características do indivíduo e que pode incluir qualquer ou todos os itens a seguir:
Medo, Ansiedade, Choque Desconfiança, Raiva, Negação Culpa, Humor, Esperança Desespero, Barganha
Estágio Crônico: "Tornando-se doente"
1. Resolução daqueles elementos da resposta inicial que tenham solução
2. Diminuição da intensidade de todas as emoções
3. Depressão muito comum neste estágio
Estágio Final: "Aceitação"
1. Definição pela aceitação da morte
2. Não é um estado essencial se o paciente não está em sofrimento, está se comunicando e decidindo normalmente

Fonte: Buckman R[3]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

morte devido à sua doença de maneira concreta. Três fases que Kubler-Ross[12] considerou consecutivas (negação, raiva e barganha) estão incluídas em um período único, facilitando a compreensão do doente.

O estágio crônico, que segue ao de reações e respostas, é caracterizado pela resolução dos elementos solucionáveis. A depressão é comum neste estágio. É nessa fase que o doente percebe que irá morrer e se torna apático, necessitando de mais ajuda da equipe.

O estágio final é caracterizado pela aceitação da morte, o que, embora importante, não é uma necessidade absoluta. Com efeito, não há necessidade de se intervir para forçar a aceitação desde que o paciente se encontre consciente da iminência da morte e não esteja sofrendo.

Comportamento da Família

As fases de negação e revolta podem acontecer com familiares que mantêm estreita ligação com o enfermo, tornando mais difícil o processo de morrer. É nesse momento que o paciente terminal necessita de muito apoio humano, espiritual, do carinho, do toque de mão amigo de seus familiares e da equipe de profissionais que o assiste. A revolta, embora compreensível, não é seguramente a melhor maneira de transmitir ao doente o apoio e o carinho que ele necessita.

Outro aspecto a ser considerado, segundo Pessini[19], é que alguns familiares vivem o luto com o doente em vida. O autor afirma ainda que o agente pastoral deve ser exímio facilitador da comunicação com a família e o doente, para que se possa proporcionar vida antes da morte.

Por outro lado, exerce papel fundamental no processo de morrer um aspecto sociocultural importante: o idoso de hoje procede de uma geração na qual a família, então numerosa, propiciava os cuidados e o apoio moral e afetivo na hora da morte. Hoje, como já foi referido, o cuidado com o idoso terminal é realizado mais freqüentemente em hospitais, comumente não preparados para receber e prestar assistência adequada a enfermos nesta condição. A atitude dos familiares em buscar a internação de seus idosos tem explicação, entre outros fatores, no reduzido número de componentes da família nuclear, com pouca disponibilidade de tempo, nas dificuldades socioeconômicas experimentadas pela maioria da população brasileira. Diante deste quadro, é fácil compreender que, por mais que os familiares se esforcem, o apoio, o carinho e o afeto ficarão marcados nos poucos momentos de visitas ao indivíduo internado. Por vezes, por motivos puramente técnicos, nem tais momentos são possíveis, quando os doentes são mantidos em unidade de terapia intensiva, abandonados e isolados daquilo que lhe é mais caro: o contato humano. Despreza-se o que é mais importante naquele momento de sua vida – os seus sentimentos.

Os profissionais de saúde precisam ter presente que, enquanto o enfermo passa os momentos difíceis de sua vida, os seus familiares podem estar vivendo momentos de angústia e apreensão pelo medo da morte iminente de um ente de sua família. O falecimento de um componente da família é sempre um momento de profunda ruptura, e as conseqüências serão tanto maiores quanto mais estreito era o relacionamento antes da perda. O núcleo familiar, por esses motivos, poderá necessitar de atenção, às vezes tão intensa quanto a dispensada ao próprio paciente. Os membros da família, por outro lado, como será exposto em detalhes mais adiante, poderão constituir elementos úteis como auxiliares da equipe interprofissional, com o papel de co-informantes e, muitas vezes, interagindo com a mesma em benefício da melhora da qualidade de vida do paciente terminal e da aceitação por parte dos familiares do desenlace próximo.

Os Medos que Fazem Parte do Processo de Morrer

O tanatólogo americano Mansell Pattison, citado por Pessini e Barchifontaine[18], caracteriza a situação do paciente terminal por uma série de medos e aponta sugestões de como trabalhá-los. Não é nossa intenção discuti-los, mas simplesmente apresentá-los para que os profissionais da saúde participantes da equipe interprofissional possam traçar um perfil mais fiel do quadro que estão enfrentando. Os medos mais importantes e mais comuns são os que se seguem:

- medo da dor pela perda;
- medo da perda do corpo;
- medo da solidão;
- medo da perda da família e dos amigos;
- medo da perda do autocontrole;
- medo do desconhecido;
- medo do sofrimento e da dor;
- medo da perda da identidade;
- medo da regressão.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Todos os medos citados pelo estudioso americano são de fundamental importância; no entanto, um deles — o medo da perda identidade —, parece ter muito mais que os outros uma íntima relação com o fato de o processo de morrer ocorrer num hospital. Com efeito, há nesta instituição uma despersonalização gritante do doente, que, com freqüência, são chamados não pelo nome, mas sim pelo número de seu leito e como "casos". Há necessidade, diante desta constatação, de assinalar a importância do respeito ao ser humano, mormente no momento em que estão ocorrendo muitas das perdas assinaladas.

HOSPICE

Breve Resumo Histórico

Vale a pena lembrar alguns dados históricos levantados por Chiba[5] em seu capítulo "Assistência ao Idoso Terminal" na primeira edição do livro *Gerontologia*.

O termo *hospice* remonta ao tempo das Cruzadas, quando algumas hospedarias, dirigidas por monges, abrigavam peregrinos e viajantes doentes que se dirigiam à Terra Santa. Muitos desses pacientes, na dependência de seu estado de saúde, das condições da época e do local onde se achavam abrigados, vinham a falecer. A prioridade dos monges era oferecer conforto. Surgiu então o *hospice* e a definição de um local que pudesse oferecer conforto e, portanto, melhor qualidade de vida a todos aqueles que já não possuíam possibilidades de tratamento curativo.

Em 1842, começa a tomar vulto a figura de Madame Jeanne Garnier, em Lyon, na França. Foi ela quem fundou alguns estabelecimentos que se destinavam a cuidar de pacientes moribundos. Esses estabelecimentos foram genericamente denominados *calvaire*.

Os primeiros *hospices,* que já possuíam algumas características e finalidades dos atuais, foram fundado em 1879 pela Caridade da Irmandade Irlandesa, em Dublin, e receberam a denominação de Our Lady's Hospice. Em 1905, em East London, foi criado o St. Joseph's Hospice, que tornou-se a raiz dos *hospices* modernos, embora o grande nome do movimento pelo desenvolvimento desses estabelecimentos e programas tenha sido Cicely Saunders, que em 1967 fundou o St. Christopher's Hospice. A médica, na ocasião, teve o mérito de ser a grande divulgadora da medicina paliativa, que começara a ser implantada na década de 1950. Os médicos desde então passaram a se conscientizar da importância do tratamento que requer mais compaixão, que transcende os limites de novas tecnologias, de conhecimentos médicos e das possibilidade de prolongamento da vida. Saunders[22] enfatizou a necessidade do controle dos sintomas, dos cuidados com o paciente e sua família como unidade, da avaliação de uma equipe interdisciplinar, dos cuidados continuados, inclusive, no domicílio e do acompanhamento da família após a morte do doente.

Nos Estados Unidos, o primeiro *hospice* foi criado em New Haven, Connecticut. The National Cancer Institute fundou o Connecticut Hospice para, em três anos, desenvolver um centro de demonstração nacional de assistência domiciliária ao doente e sua família. O país procurou desenvolver mais o conceito do que o local do *hospice*. Desde o início, o foco da atenção foi o cuidado ao paciente em seu domicílio. O passo seguinte foi a fundação do National Hospice Study, pela Health Care Financing Administration, que avaliou e acompanhou mais de 1.700 pacientes programas de *hospice* domiciliário, hospitalar e de cuidados convencionais.

O crescimento desse modelo de atenção à saúde teve um desenvolvimento muito rápido nos Estados Unidos, a ponto de, em 1994, 300 mil pacientes e suas famílias terem utilizado tal tipo de serviço — número bastante superior aos 200 mil atendidos em 1990. Acrescente-se que em 1996 havia quase 2.300 *hospices*, nas suas diferentes modalidades. A idade dos enfermos atendidos era em média, segundo Schonwetter[23], 71 anos, e 71% deles tinham 65 anos ou mais. A grande prevalência de idosos deve-se, pelo menos em parte, ao fato destes possuírem potencialmente mais riscos de desenvolver doenças terminais, principalmente em idades avançadas.

Outro fato que merece ser assinalado é o local onde ocorre a morte de um doente terminal. No início do século XX, a maioria dos óbitos ocorria no domicílio do enfermo. Nos Estados Unidos, em 1990, aproximadamente 62% das mortes ocorriam em hospitais, 16% em asilos e apenas 17% no domicílio. Observa-se hoje que óbitos se dão mais freqüentemente (aproximadamente 75%) durante a internação hospitalar. O local onde a morte se verifica é influenciado por vários fatores, desde aqueles considerados sociais até os nitidamente relacionados ao quadro clínico responsável pelo óbito.

Situação em Nosso País

Enquanto em países desenvolvidos os programas de *hospice,* seja em nível hospitalar, domiciliário ou

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

encontram-se em plena ascenção, no Brasil a conscientização para o problema está apenas germinando.

Embora ainda não haja dados concretos da situação dos programas de *hospice* no país, é certo que a modalidade de atenção à saúde e, como decorrência natural, a medicina paliativa, estão apenas em fase inicial de implantação. Alguns centros de medicina paliativa podem ser encontrados em cidades como São Paulo, Botucatu, Jaú, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Florianópolis e outras localidades, porém, ainda muito distantes de suprir as necessidades da população. Falta ainda a conscientização de que, para atender ao doente terminal de qualquer faixa etária, é de fundamental importância estimular a criação de programas de *hospice* em todo o país, cujo modelo de atendimento difere em muito do oferecido em um hospital geral. Este, segundo a cultura vigente, é idealizado e equipado para realização de diagnóstico e para adoção de terapêutica, fundamentalmente curativa. Não é raro encontrar doentes em fase terminal internados em enfermaria de hospitais gerais, vítimas de negligência quanto ao seu sofrimento e suas prioridades. Faltam à maioria dos médicos e demais profissionais de saúde conhecimentos e condições para fornecer a esses pacientes o apoio físico e psicológico para minimizar o sofrimento. Isso por que, nos bancos acadêmicos, não foram preparados para lidar com esse tipo de enfermo.

As dificuldades para criação de serviços de *hospice* em todo o país não impedem, no entanto, que nos hospitais gerais sejam reservadas áreas, instalações e recursos humanos com formação adequada para atender a esses doentes segundo os princípios que norteiam o modelo de assistência alvo deste capítulo.

Ao lado disso, deve ser ressaltado que o doente terminal, quando as condições clínicas e sociais permitirem, deve falecer em seu domicílio, entre seus familiares e assistido por equipe interdisciplinar. Percebe-se, pois, que há necessidade de montar uma estrutura adequada para que a assistência domiciliária possa oferecer o suporte necessário a isso. Sob esse aspecto, dando ênfase ao exposto, é importante lembrar das palavras de Garcez-Leme[8]: "Quando consideramos a vida do ser humano, não se pode deixar de considerar que a família é o seu hábitat natural."

Preceitos Básicos dos Programas

Os programas de *hospice* têm como princípio básico proporcionar cuidados ao paciente terminal e sua família, fornecendo a ele tratamento paliativo, que tem como fundamento conforto e apoio e, com eles, a busca da melhora da qualidade de vida.

A seguir enumeramos alguns preceitos regem a filosofia dos programas de *hospice*.

- Os profissionais da saúde, o doente e seus familiares devem assimilar o ensinamento de que a morte faz parte do ciclo da vida e que, quando ela é inevitável, os programas não têm por objetivo abreviá-la ou retardá-la.
- O alívio da dor e o controle dos sintomas são objetivos fundamentais.
- Os sofrimentos psicológico e espiritual são tão importantes quanto a dor física e, portanto, para dar atenção a esses aspectos, há necessidade de uma equipe interdisciplinar capacitada.
- O paciente e sua família devem ser considerados uma unidade para os cuidados a serem administrados.
- A perda dos cuidados pode tornar-se crítica para os membros da família, após a morte do doente.
- Os cuidados têm de ser oferecidos, independentemente da capacidade do doente de pagar pelos serviços prestados.

Doente Terminal

Definição

Uma das maiores dificuldades encontradas pelo médico quando trata de um paciente em estado grave é justamente a definição de "paciente terminal". Tal dificuldade não tem, como se poderia pensar, conotação simplesmente semântica. Vai, na verdade muito além desse limite, pois é fundamental para a correta caracterização do paciente em fase terminal. Defini-lo como aquele doente para o quais se esgotaram todas as possibilidades terapêuticas curativas, embora seja um fato real, não colabora de maneira decisiva para estabelecer o momento exato em que tais medidas deixam de ser eficazes e passam a ser até mesmo deletérias. Essa questão é intencionalmente colocada para que seja alvo de reflexões, pois que a resposta a ela vai definir a conduta a ser adotada diante de uma situação na qual não pode haver vacilos.

Além das formas mais graves de neoplasia, com quadro clínico já no último estágio e, portanto, com as características que justificam o enquadramento em um dos programas de *hospice*, outras afecções podem ter idêntica evolução, justificando também a adoção desse modelo de assistência ao paciente. As-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sim, também os portadores de seqüelas graves de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca irredutível, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada, síndrome da imunodeficiência adquirida, entre outros, para os quais se esgotaram as tentativas de utilização de tratamento curativo, são candidatos naturais a um dos programas de *hospice,* seja internado ou em seu domicílio. Fica claro com o até agora exposto o íntimo vínculo entre *hospice,* cuidados paliativos e qualidade de vida, que já começava a ter relevância em todas as fases da vida, mesmo quando a morte está próxima.

Os indivíduos idosos, por serem portadores de alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento em diversos órgãos, às quais se associam afecções prevalentes nessa faixa etária, correm, obviamente, risco maior que outros grupos etários de evoluir para o estágio terminal de doenças. Este é, certamente, um dos motivos pelos quais os indivíduos idosos, como já foi assinalado, podem ser considerados os maiores beneficiários dessa modalidade assistência.

Se, como foi referido anteriormente, há algumas vezes dificuldade de se definir paciente terminal, talvez o mais difícil seja firmar o tempo aproximado de vida até que a morte aconteça. Esse é o motivo pelo qual aos beneficiários do Medicare nos Estados Unidos é permitida a utilização do programa de *hospice* durante, no máximo, seis meses. É lógico que esse tempo não pode servir como meio de definir um doente terminal, pois a duração estabelecida pelo Medicare tem apenas finalidade administrativa, não prognóstica. De qualquer forma, o estabelecimento de um tempo de duração em programa de *hospice* pode causar aborrecimentos para o médico, que realiza e emite um certificado da existência de doença terminal, para o paciente e para sua família. Para o médico porque, temendo ser esse tempo de sobrevida estabelecido pela seguradora insuficiente para definição do quadro clínico do paciente, ele poderá retardar o pedido de inscrição de seu doente no programa. Por isso estatísticas acusam 14 a 30 dias como o tempo de permanência nesses programas. O aborrecimento para o paciente e a família pode ser traduzido pelo fato de esgotado o tempo de permanência virem a assumir o custo do serviço.

Essas situações, infelizmente, não são raras. Se, em portadores de câncer em fase avançada, a previsão quanto à evolução e o desfecho da doença são comumente fáceis de ser previstos, o mesmo não acontece com outras afecções, cujos erros quanto ao prognóstico são mais freqüentes. Assim, por exemplo, pacientes com insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica ou demência podem se tornar terminais em algum momento da evolução do quadro clínico. A causa da morte nesses casos poderá ser uma infecção intercorrente ou a própria exacerbação da doença. De qualquer forma, a evolução desses quadros, nem sempre facilmente previsível, pode dificultar o prognóstico.

Avaliação da Dor e dos Estados Funcional e Nutricional

O controle da dor e dos outros sintomas é de fundamental importância para a melhora da qualidade de vida. O alívio da dor e o controle dos demais sintomas permitem melhor aderência do paciente ao tratamento e mantêm a confiança deste e da família no médico. Para que se possa obter resultados satisfatórios no controle dessas manifestações, há necessidade de que o médico tenha capacidade de enfrentar situações que envolvem o doente terminal. Infelizmente, o que se observa, na maioria das vezes, é o despreparo desse profissional para lidar com portadores de doença terminal que apresentam essas manifestações, fruto da deficiente formação acadêmica e da prática diária. Esse, talvez, seja o motivo pelo qual a dor, que é a manifestação mais importante quanto à intensidade e freqüência de tratamento, é não raramente resistente ao tratamento ministrado. Soma-se a isso outros fatores que tornam difícil controlá-la: a administração de subdoses de medicações antiálgicas, devida ao temor de causar dependência no paciente, e a visão da dor como manifestação física, desconsiderando-se os aspectos psicológicos, sociais, espirituais etc. que a envolvem.

Foley[7] sugere, para melhor controle da dor, os itens citados na Tabela 61.2.

Além da dor, e visando a melhora da qualidade de vida, outras manifestações deverão ser pesquisadas, devidamente valorizadas e controladas. Essas manifestações podem ter origem em qualquer órgão ou aparelho e em qualquer período da evolução da doença terminal. Os sintomas mais comuns, entre tantos que o paciente pode apresentar, são: fraqueza, prurido, inapetência, sede, diarréia, vômito, obstipação, dispnéia, tosse, edema, retenção urinária, desidratação, xerostomia, insônia, ansiedade e depressão, entre outros.

Embora não seja o objetivo discorrer sobre cada enfermidade e cada um dos sintomas referidos, achamos oportuno fazer uma breve exposição sobre al-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 61.2 Avaliação Clínica da Dor: Roteiro Prático

1. Acreditar na queixa de dor do paciente
2. Fazer anamnese cuidadosa da queixa de dor para situá-la temporalmente na história de câncer do paciente
3. Avaliar as características de cada dor, incluindo sua localização, padrão de referência, fatores de piora e melhora
4. Esclarecer o aspecto temporal da dor: aguda, subaguda, crônica, episódica, intermitente, progressiva ou incidente
5. Listar e priorizar cada queixa de dor
6. Avaliar a resposta com a terapia analgésica anterior e atual
7. Avaliar o estado psicológico do paciente
8. Perguntar se o paciente apresenta antecedente pessoal de etilismo ou dependência de drogas
9. Realizar exame clínico e neurológico cuidadoso
10. Ordenar e rever individualmente o procedimento diagnóstico apropriado
11. Tratar a dor do paciente para facilitar a estabilização necessária
12. Planejar o diagnóstico e a terapêutica adequada para o indivíduo
13. Proporcionar a continuidade de cuidado após a avaliação ao tratamento, para assegurar a adesão do paciente e para diminuir sua ansiedade
14. Reavaliar a resposta do paciente à terapia de dor
15. Discutir planos futuros com o paciente e a família

Fonte: Foley KM.[7]

guns indicadores. Estes, principalmente quando tomados em conjunto, podem ser úteis na avaliação do prognóstico da duração da expectativa de vida tanto em portadores de neoplasias como no caso das demais afecções referidas anteriormente. Eles podem, segundo Kinzbrunner[9] e Von Gunten e Twaddle[27], ser reunidos em duas categorias: alterações do estado funcional e alterações do estado nutricional.

O estado funcional pode ser avaliado por meio da determinação da capacidade de realização das atividades de vida diária (AVDs), sendo a incapacidade para realizá-las reflexo dos efeitos cumulativos fisiopatológicos e psicossociais. Observa-se que, quanto maior a incapacidade funcional, maior será a gravidade da doença e, portanto, mais próximo o doente estará da morte.

Soma-se a isto o fato de que, para melhor quantificar o estado funcional, o que permitirá relacioná-lo com o quadro clínico e o prognóstico, poderá ser utilizada, entre outras, segundo Mor e col.[15], a escala do estado de desempenho de Karnovsky (Karnovsky Perfomance Status – KPS), que se encontra na Tabela 61.3. A escala é dividida em 11 estágios de capacidade funcional, variando a cada dez pontos, de zero (morte) a 100 (capacidade funcional completa). É importante ressaltar que sua utilização requer que o profissional seja devidamente treinado, obviamente, com a finalidade de evitar falsos resultados e interpretações.

Tabela 61.3 Escala de Estado de Desempenho Karnovsky

100	Normal, sem queixas e sem evidências de doença
90	Capaz de executar atividade normal; sinais ou sintomas menores de doença
80	Atividade normal por meio de esforço; alguns sinais ou sintomas de doença
70	Cuida de si próprio; incapaz de executar atividade normal ou trabalho ativo
60	Requer assistência para cuidar de si; requer cuidado médico
50	Requer assistência mais intensa e cuidado médico freqüente
40	Incapacitado; requer assistência e cuidado médico especializado
30	Acentuadamente incapacitado; indicada internação hospitalar, embora a morte não seja iminente
20	Muito doente; necessária internação hospitalar; necessário tratamento de suporte
10	Moribundo; processo fatal progride rapidamente
0	Morte

Fonte: Von Gunten CF, Twaddle ML. [27]

A National Hospice Organization sugere que portadores de KPS igual ou inferior a 50 pontos e/ou dependência em três ou mais AVDs possuem risco de morrer em seis meses.

As alterações do estado nutricional, principalmente as relativas ao peso corporal e à taxa de albumina

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sérica, também podem ser indicativas de maior probabilidade de morte. Assim, a perda não intencional de peso superior a 10% em seis meses pode ser um dos sinais de maior risco de mortalidade. Da mesma forma, a redução da concentração plasmática de albumina, que pode ser reflexo fisiopatológico de doença, também mostra correlação linear expressiva com todas as causas de mortalidade em pessoas idosas.

Outro aspecto que merece ser assinalado é que alterações do desempenho funcional, associadas às nutricionais, são altamente preditivas de mortalidade na população idosa.

Direitos

Um seminário realizado em Lansing, Michigan, nos Estados Unidos, com o tema "Paciente terminal, como ajudá-lo" elaborou a "Carta dos Direitos do Paciente Terminal", cujo texto é o que se segue.

- Tenho direito de ser tratado como ser humano até que eu morra.
- Tenho direito de ter esperanças, não importa que mudanças possam ocorrer.
- Tenho direito de ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido de esperança, mesmo que ocorram mudanças.
- Tenho direito de expressar, à minha maneira, sentimentos e emoções pouco antes da morte.
- Tenho direito de participar das decisões referentes a meus cuidados e tratamentos.
- Tenho direito de receber cuidados médicos e de enfermagem, mesmo que os objetivos "de cura" mudem para objetivos "de conforto".
- Tenho direito de não morrer sozinho.
- Tenho direito de ser aliviado na dor e no desconforto.
- Tenho direito a que minhas questões sejam respondidas honestamente.
- Tenho direito de não ser enganado.
- Tenho direito, ao aceitar minha morte, de receber ajuda de meus familiares e que eles também sejam ajudados.
- Tenho direito de morrer em paz e com dignidade.
- Tenho direito de conservar minha individualidade e não ser julgado por decisões que possam ser contrárias às crenças dos demais.
- Tenho direito de discutir e aprofundar minha religião e/ou experiências religiosas, seja qual for o seu significado para os demais.
- Tenho direito de esperar que meu corpo humano seja respeitado.
- Tenho direito de ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que procurarão compreender e responder às minhas necessidades e que me ajudem a enfrentar a morte e garantir minha privacidade.

Esse conjunto de direitos é tão claro, tão explícito, que dispensaria considerações adicionais. Tais direitos mostram os profissionais da saúde, particularmente o médico, a importância da reflexão sobre as numerosas vezes em que esses direitos foram violados; chamam a atenção das entidades responsáveis pelas instituições de saúde, particularmente os hospitais, para a necessidade de se adaptarem às condições de doentes que já não têm esperança de sobrevida e para os quais só resta o tratamento paliativo, o conforto e o apoio de profissionais habilitados a assisti-los.

Cuidados Paliativos

Como já foi referido, os cuidados paliativos tiveram origem na década 1950, mas, realmente, assumiram importância em 1967, graças ao trabalho de Cicely Saunders. Já naquela época passou a ter relevância e relação entre *hospice*, cuidados paliativos e qualidade de vida.

Definição

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cuidado paliativo pode ser definido como "o cuidado ativo total de pacientes nos quais a doença é não responsiva ao tratamento curativo". São objetivos fundamentais: o alívio da dor e o controle de outros sinais da doença, de problemas psicológicos, sociais e espirituais.

Os princípios que norteiam a indicação dos cuidados paliativos são, além da ausência de resposta ao tratamento curativo, os referidos anteriormente como preceitos básicos dos programas de *hospice*.

Antes de passarmos a tecer algumas considerações gerais sobre os cuidados paliativos na doença terminal, são importantes algumas noções sobre cuidados preliminares a serem realizados em pacientes que têm como hipótese a possibilidade de serem portadores de doença terminal e, em seguida, expor alguns aspectos principais do tratamento paliativo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Cuidados Preliminares

Os primeiros cuidados com o doente terminal devem prever cuidados pessoais e totais coordenados iniciados no contato inicial com o paciente, proporcionando alívio dos sintomas e o apoio a ele e à família.

Stoeckle[25] sugere as seguintes tarefas a serem realizadas: 1. diagnóstico médico e tratamento; 2. diagnóstico psicológico e tratamento; 3. apoio pessoal ao paciente em todas as fases da doença; 4. informação a respeito do diagnóstico, tratamento, prevenção e prognóstico; 5. manutenção do doente com doença crônica; 6. prevenção de incapacidades e de novas doenças por meio de detecção, educação, mudança de procedimentos e tratamento preventivo.

Como resultado da duração e da intensidade dos cuidados prestados, uma relação irá se estabelecendo entre o médico, o paciente e sua família. O aprofundamento dessa ligação irá variar de um doente a outro e de uma família a outra, e poderá ser fortalecida conforme a intensidade e o tipo de cuidados prestados. Assim, são fatores responsáveis por esse fortalecimento: os cuidados prestados ao paciente e à família, de preferência em seu domicílio; o apoio à família e ao paciente portador de doença terminal.

A relação poderá propiciar condições para melhor conhecimento do doente. A atenção preliminar poderá, além de prover os cuidados adequados, alimentar esperanças e propiciar uma relação de confiança entre o médico, o paciente e sua família. Nessas circunstâncias será mais fácil oferecer cuidados paliativos para controle da doença terminal.

Considerações Gerais sobre Tratamento Paliativo

Para facilidade de exposição vamos seguir o caminho de estágios, sendo o primeiro e, certamente, um dos mais importantes a comunicação da substituição dos cuidados curativos para paliativos; em seguida, o tratamento paliativo propriamente dito, que aborda sucintamente os cuidados básicos prestados ao paciente e sua família; e, finalmente, o papel da equipe interdisciplinar.

Comunicação da Substituição dos Cuidados Curativos pelos Paliativos

A abordagem desse problema sofreu mudanças importantes nos últimos 35 anos. Hoje parece haver acordo sobre o paciente e sua família serem devidamente informados sobre o verdadeiro estado do paciente, seu diagnóstico, a proposição de conduta a ser adotada e as expectativas futuras, procurando-se manter uma relação de lealdade do médico e de toda equipe interdisciplinar com o doente e seus familiares, para que se estabeleça a confiança de paciente e familiares com relação à equipe.

Essas considerações colocam em evidência o direito do paciente com doença terminal de não ser enganado quanto ao seu real estado. Apesar desse entendimento entre os estudiosos, vários fatores permeiam a decisão médica de comunicar a verdade. Essa decisão deve se basear em princípios éticos e humanos. Os primeiros compreendem a autonomia ou autodeterminação, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. A necessidade de integração desses princípios é ponto crucial da decisão, pois nenhum deles tem poder absoluto.

A autonomia do doente, ou seja, o respeito à sua participação e o conhecimento das condutas a serem adotadas constituem a pedra fundamental da decisão médica e da equipe interdisciplinar. Hoje se admite maior participação do paciente e da família na escolha do plano terapêutico. No entanto, esse princípio ético, o da autonomia, poderá ser limitado pelos demais princípios citados. Assim, o emprego de procedimentos, como por exemplo a entubação endotraqueal, quando o método não tem mais os efeitos desejados, mesmo que a família assim o deseje, deverá ser suspenso, explicando-se os motivos de tal conduta. A autonomia, neste caso, é limitada pela beneficência, que é o princípio do bem-estar e de prevenção de danos futuros; pela não-maleficência, ou seja, por não causar danos sem qualquer benefício; e pelo princípio da justiça, que restringe a utilização de tratamento custoso e sem benefício aparente.

Colocado dessa forma, a decisão a ser tomada parece fácil, porém, há ainda, por vezes, muita controvérsia sobre como, quando e em que contexto a verdade deverá ser comunicada. Essa é a situação na qual a relação de confiança do médico com seu paciente permitirá tornar mais fácil a decisão.

A primeira etapa da substituição dos cuidados curativos pelos paliativos é a comunicação do diagnóstico terminal. Essa comunicação, que, praticamente, marca o início do emprego de cuidados paliativos é, seguramente, uma das fases mais críticas enfrentadas pelo médico diante do sofrimento do doente ao ter contato com a dura realidade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Não somente nessa etapa, no entanto, a comunicação é essencial. Em qualquer fase do processo até a morte do paciente ela é fundamental, pois, sem isso é impossível a obtenção da confiança mútua entre equipe, paciente e família. Como conseqüência, é impossível a obtenção de cuidados paliativos efetivos, além de ser provável a transgressão de princípios éticos citados. O que se nota, no entanto, como foi anteriormente referido, é que a maioria dos médicos tem dificuldade de enfrentar situações como essa.

Buckman[3] enumera as origens da dificuldade na comunicação com o paciente, que inclui fatores sociais, barreiras impostas pelo doente e seus familiares e fatores decorrentes da sua atividade profissional. Tais fatores poderão estar presentes em todos os momentos da evolução de uma doença terminal, pois que, freqüentemente, surgem novas informações sobre o estado clínico e, em decorrência disso, novas decisões a serem tomadas e que requerem discussão com o doente e sua família. O autor propõe a utilização de um esquema de abordagem da comunicação composto de seis etapas, que, com algumas modificações, são as que seguem:

1. acertar o contexto físico e, eventualmente, os participantes;
2. descobrir o que o paciente sabe;
3. descobrir o quanto o paciente deseja saber;
4. compartilhar informação com o paciente atentando ao seu "alinhamento" e educação;
5. responder aos sentimentos do paciente;
6. planejar e seguir a estratégia a ser adotada.

Tratamento Paliativo

O alívio da dor e o controle dos sintomas são, como já referido, exigências do paciente e dos familiares e obrigações do médico, cujo objetivo é fundamentalmente a melhora da qualidade de vida. Além disso, há necessidade de atender aos aspectos psicossociais da doença, muitas vezes mais importantes que a própria manifestação física.

Controle da Dor e dos Demais Sintomas

A dor, os demais sintomas e o sofrimento caminham quase sempre juntos, o que poderia levar à conclusão de que o controle dos primeiros pode redundar na redução proporcional do último. Embora isso possa ocorrer, a verdade é que o sofrimento não raramente persiste apesar do controle dos sintomas. Isso tem explicação no fato de que o sofrimento deve ser considerado sob os múltiplos aspectos que o compõe e várias causas que o originam. Durante o período de doença terminal, a probabilidade de o sofrimento ser mais intenso que em outras fases da doença é facilmente compreensível, pois, além da sintomatologia ser freqüentemente mais acentuada, há a visão sempre presente do desfecho.

A dor, que é comumente o principal sintoma, não deve ser vista simplesmente como manifestação física, mas também, sob os outros aspectos que a compõem, como o psicológico, o social, o espiritual etc. Outro fator relevante a ser considerado é que, não raramente, a família e o paciente são relutantes em se queixar a respeito dos sintomas, bem como sobre a ineficácia da conduta terapêutica. Nesses casos o médico deverá insistir em perguntas para que possa se inteirar do quadro clínico do doente na tentativa de manter o diálogo, ou seja, a comunicação com o paciente e a família.

A busca da informação é realmente muito importante, pois o alívio dos sintomas, particularmente da dor, é fundamental. A dor é desumanizadora e pode destruir a auto-estima e a vontade de viver.

Considerando-se o câncer como a principal causa de doença terminal e a dor como seu principal sintoma, esta tem merecido destaque nas publicações sobre o tema doença terminal. Seu tratamento é realizado por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas.

A terapêutica farmacológica é o principal meio de controle da dor em portadores de câncer. Em mais de 90% das vezes ela pode ser controlada por meio de medidas usuais e relativamente simples, exigindo-se, quando se trata de pacientes idosos, conhecimentos a respeito dos efeitos farmacocinéticos e farmacodinâmicos próprios da idade e das manifestações colaterais, mais freqüentes entre idosos que entre pessoas mais jovens. É importante, portanto, atenção cuidadosa aos princípios básicos sobre o uso dos medicamentos em pessoas idosas, que tem como fundamento essencial o controle efetivo da dor e, com isso, a melhora da qualidade de vida do portador de doença terminal.

Na maioria das vezes, as drogas são administradas por via oral, secundariamente por via retal e, quando se deseja efeito mais rápido, por via intramuscular ou principalmente endovenosa.

Por vezes, é importante o emprego de outras técnicas para controle da dor, que podem ser independentes

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ou associadas às drogas. Tais técnicas são as de neuroestimulação, como a estimulação elétrica nervosa transcutânea, a acupuntura e a massagens, além de crioterapia, diatermia por ondas curtas etc. Excepcionalmente, nos casos de dor irredutível, podem ser empregadas técnicas mais especializadas, incluindo bloqueio nervoso, ablação cirúrgica e terapia por irradiação, que nessas situações podem ter efeito benéfico.

Os demais sintomas citados anteriormente devem também merecer atenção na abordagem de um paciente com doença terminal. Esta, no entanto, deve ser considerada apenas sob a forma de cuidados paliativos, ou seja, com o intuito de tentar minorar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

Apoio Psicossocial

Percebe-se no atendimento ao idoso, mais que em outras áreas da medicina, que o tratamento deverá ser dirigido principalmente ao doente como um todo e não meramente ao controle da dor e dos demais sintomas. Embora o alívio das manifestações clínicas seja fundamental para minimizar o sofrimento, não há dúvida de que o foco da atenção é o doente em sua integridade física, psíquica, espiritual e social. Esse tipo de atenção abrangente só pode ser colocada em prática por uma equipe interdisciplinar, especialmente capacitada e treinada para lidar com portadores de doença terminal.

O apoio psicossocial para o doente e familiares é fundamental, pois nessa fase da enfermidade tanto um como o outro enfrentam a realidade de uma perda iminente. Paciente e família passam a sentir revolta, culpa, insegurança sobre o futuro e incertezas. A equipe interdisciplinar tem um importante papel a desempenhar, dando o apoio necessário, orientando e facilitando a aceitação do desenlace. Deverá, também, dar apoio e ajudar o paciente a cumprir a decisão terapêutica, planejar a maneira de utilizar o tempo restante e adaptar-se às mudanças impostas pela doença terminal. O médico e toda a equipe deverão prosseguir com esses cuidados durante todo o processo de morrer, incluindo, o apoio à família durante e após a morte do paciente.

Participação da Equipe Interdisciplinar

A participação ativa e interativa de profissionais de todas as áreas da saúde é essencial em pacientes idosos terminais, visto que nestes torna-se inútil o investimento de alta tecnologia. É nessa fase, como foi exposto anteriormente, que passa a ter relevância uma visão mais humana que técnica do tratamento do doente.

A avaliação holística do paciente idoso, quando já se esgotaram todas as possibilidades de prolongar a vida, é tarefa de uma equipe que deve ser constituída por profissionais treinados e que tenham em mente a importância da qualidade de vida, mesmo em condições tão adversas como as de portadores de doença terminal. Com efeito, a atenção ao paciente idoso terminal na tentativa de resolver seus múltiplos problemas exige o somatório de conhecimentos específicos de cada área e o interesse de cada profissional que compõe uma equipe interdisciplinar.

Em relação ao paciente terminal, a obediência ao conceito de saúde como preconizado pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, em sentido mais amplo, é imperativa, como também o é a necessidade de uma equipe interdisciplinar que possa efetivamente colocar em prática os ensinamentos contidos nesse conceito. É importante, entretanto, ressaltar que não basta aos profissionais que compõem a equipe possuir conhecimentos técnicos que os habilitem trabalhar com o paciente terminal. De fato, originários da mesma população da qual procedem doente e família, eles não raramente carregam consigo os mesmos mitos, medos e atitude de negação diante da morte. É fundamental, portanto, que o profissional da saúde tenha conhecimento de suas limitações emocionais — se não reconhecê-las e não trabalhá-las, dificilmente irá vencê-las, o que tornará impossível lidar com os medos do paciente idoso terminal e com os problemas de seus familiares.

Outro aspecto que os profissionais poderão enfrentar ao tomar contato com o paciente terminal que merece consideração é ter diante de si uma visão de sua própria finitude, de uma possível doença terminal no futuro, de uma relação de dependência com os outros nunca antes admitidas. Isso pode tornar difícil e possivelmente precária a assistência que deveria ser prestada ao doente. Se houver insegurança quanto à maneira de enfrentar a própria condição emocional, não seremos capazes de transmitir a segurança e o apoio de que o paciente necessita.

É preciso, também, que os profissionais que participam da equipe tenham consciência da importância da relação entre si. Não se trata da reunião de profissionais de várias disciplinas (multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade), mas sim de uma verdadeira interdisciplinaridade, interprofissionalidade. Como já

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

referido no Capítulo 11, Minayo[14] assim se expressa: "A interdisciplinaridade, enquanto proposta, procura estabelecer conexões e correspondência entre as várias disciplinas (...)" Ainda, os conhecimentos de cada área disseminam-se para as demais, propiciando condições de tornar maior o entrosamento entre todos os profissionais, assim como proporcionar melhor e mais ampla assistência ao doente. Vários esquemas de trabalho foram propostos, mas, acreditamos que o esquema inglês de Ajemian[1] seja muito interessante, visto que procura envolver a família e o próprio doente como integrantes do conjunto, e não peças centrais a serem trabalhadas. Uma interação abrangente das partes componentes poderia constituir um conjunto uno (profissionais-família-doente) na busca da melhora da qualidade de vida do paciente, mesmo em fases avançadas da doença terminal.

Referências Bibliográficas

1. Ajemian I. The interdisciplinary team. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Londres: Oxford University Press; 1994. p. 17.
2. Baldessin A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 491
3. Buckman R. Communication in palliative care: a practical guide. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (ed.). Oxford textbook of palliative medicine. Londres: Oxford University Press; 1994. p. 47.
4. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professional. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1992.
5. Chiba T. Assistência ao idoso terminal. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 431.
6. Doyle D, Hanks GWD, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Londres: Oxford University Press; 1994.
7. Foley KM. Management of cancer pain. In: De Vitta Jr VT, Helmann S, Rosenberg SA. Cancer: principles & practice of oncology. 4 ed. Filadélfia: J. B. Lippincott Co.; 1993. p. 2417.
8. Garcez-Leme LE. O idoso, a morte e o sofrimento. Acta Ortop Bras; 1998; 6(1):29.
9. Kinzbrunner BM. Non-malignant terminal disease: criteria for hospice admission. Hospice Update; 1993; 3:3.
10. Koseki NM, Bruera E. Decisão médica em casos de pacientes terminais. Rev Bras Cancerol; 1996; 42(1):15.
11. Koseki NM, Bruera E. Programa nacional de cuidados paliativos. Desafio da OMS 1995; 2: 56.
12. Kübler-Ross E. On death and dying. Nova York: MacMillan; 1969.
13. Levy MH. Hospice: the end of the beginning. Semin Oncol; 1985; 12(4):486.
14. Minayo MCS. A interdisciplinaridade no conhecimento e prática da saúde. "Jornadas" SBGG. Rio de Janeiro: Libbs Farmc; 1994. pp. 74-76.
15. Mor V, Laliberte L, Morris JM,Wiemann N. The Karnovsky Perfomance Status Scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. Cancer; 1984; 53: 2002.
16. Ogle KS, Plumb JD. The role of the primary care physician in the care of the terminally ill. In: Schonwetter RS (ed.). Care of the terminally ill patients. Geriatric Medicine Clinics. Filadélfia, Londres, Toronto: Saunders; 1996. p. 267.
17. Papaléo Netto M. Finitude: hospital-fronteira. In: Py L (org.). Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: Nau Editora; 1999. p. 86.
18. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1991.
19. Pessini L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 427.
20. Py L. Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: Nau Editora; 1999.
21. Rees WD. Role of hospice in the care of the dying. Brit Med J; 1982; 285:1766.
22. Saunders CM. Management of terminal illness. Londres: Hospital Medicine; 1967.
23. Schonwetter RS. Care of the dying geriatric patient. In: Schonwetter RS (ed.). Care of the terminally ill patient. Geriatric Medicine Clinics. Filadélfia, Londres, Toronto: Saunders; 1996. p. 253.
24. Stjernwärd J. Palliative medicine: a global perspective. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds.). Oxford testbook of palliative medicine. Londres: Oxford University Press; 1994. p. 803.
25. Stoeckle JD. The principles of primary care. In: Gorall AH, Mary LA, Mullvery AG (eds.). Primary care medicine: Office evaluation and management of the adult patient. Filadélfia: J. B. Lippincott; 1995. p. 26.
26. Urba SG. Nonpharmacologic pain management in terminal care. In: Schonwetter RS (ed.). Care of terminally ill patient. Geriatric Medicine Clinics. Filadélfia, Londres, Toronto: Saunders; 1996. p. 301.
27. Von Gunten CF, Twaddle ML. Terminal for noncancer patients. In: Schonwetter RS (ed.). Care of the terminally ill patient. Geriatric Medicine Clinics. Filadélfia, Londres, Toronto: Saunders; 1996. p. 349.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

62 As Redes Sociais na Senescência

Marisa Accioly Domingues
Zally P. Vasconcelos Queiroz
Alice Moreira Derntl

Introdução

O presente capítulo tem como objetivo definir as redes sociais como uma ferramenta cada vez mais valorizada na atenção ao idoso. Definiremos as redes informais, sua composição e articulação com as redes formais e apresentaremos, para finalizar, um instrumento gráfico para a identificação da rede de suporte social do idoso, denominado Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI).

Algumas investigações têm mostrado que a precariedade de relações sociais constitui fator de risco para a qualidade de vida da população idosa. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa relação se apresenta com mais clareza, sendo as redes sociais, muitas vezes, a única forma de ajuda com a qual os idosos podem contar[28].

A importância da discussão do papel das redes sociais no atendimento às necessidades, em especial as de saúde, da população idosa e particularmente daqueles muito idosos reporta-se ao fato, já constatado em programas de saúde pública[1], de que as ações tanto preventivas como de reabilitação são bem-sucedidas somente quando existe participação efetiva dos grupos de suporte disponíveis para o atendimento dessa população.

Redes Sociais

A análise das redes sociais tem experimentado um crescimento bastante intenso desde a década de 1960, baseada em princípios gerais que têm origem na teoria da psicologia social de Moreno[23] — com o desenvolvimento da sociometria que descreve as atitudes de aproximação e repulsão dos indivíduos. Moreno cunhou o conceito de "psicologia geográfica" com o propósito de esboçar um mapa de relações — do tipo "quem conhece quem" — aplicável a grupos e comunidades. A expressão dos dados coletados é apresentada por meio do mapa de relações, ou seja, um sociograma. Nele, os relacionamentos significativos são dispostos em vários círculos que simbolizam os diversos graus de proximidade das pessoas[23,35].

O termo *rede* é utilizado tanto pela ciência, como conceito teórico ou metodológico, como pelos indivíduos, atores sociais, que o empregam para se referirem a determinado tipo de relação ou prática social. Assim sendo, uma proposta de análise de redes requer que nos situemos em relação às diferentes abordagens e utilizações metodológicas ou operacionais.

A noção de rede significa muito mais que um instrumento metodológico de análise de processos interativos: é um conceito central na análise dos processos estruturadores da sociedade[16,20].

O fato de conhecermos as inserções dos indivíduos a partir de suas redes microssociais nos permite inferir sobre as suas possibilidades de acessar os recursos comunitários e, portanto, deduzir sua posição na sociedade.

Esse fenômeno pode ser analisado a partir do indivíduo e da constituição de seus processos interati-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vos: amizade, parentesco, relações de trabalho, ligações comunitárias, em que os padrões de sociabilidade são exercidos com base na função desempenhada nas redes sociais. As instituições a que pertencem esses atores sociais interagem com as redes microssociais e podem ser dimensionadas como agentes potencializadoras ou desagregadoras desse conjunto de cenários[16].

Os complexos processos de interação intra e inter-redes são a chave para o entendimento dos fenômenos organizacionais da sociedade.

Essa riqueza de tecido social tem forte participação na construção do capital social dos indivíduos que, segundo Flapp, é formado por três componentes: o número potencial de relações de ajuda ou apoio social; a extensão de ajuda, que depende da intensidade da relação; e os recursos que permitem o acesso às relações[16].

No que tange à intensidade das relações, Caillé a descreve com dois tipos de vínculos: fortes e fracos. O conceito de laços fracos e fortes é útil para descrever o padrão de sociabilidade estabelecido, e também os tipos de recursos passíveis de serem alocados a partir desses laços de sociabilidade.

Os laços fortes são mais funcionais à mobilização de recursos e se apóia na solidariedade e em padrões de distribuição de recursos não facilmente mensuráveis, provindos de relações sociais cuja principal característica é a intensidade dos contatos e a diminuta distância social que separa os atores sociais. São laços que se localizam na esfera pessoal, como, por exemplo, os laços de parentesco e amizade[5].

As redes, portanto, apresentariam algumas características universais, como, no caso das redes pessoais, uma tendência a um grau relativamente importante de presença de laços fortes.

As Redes Sociais e a Interdisciplinariedade

As ciências humanas e sociais têm recorrido ao conceito de redes para a definição de construtos relativos a apoio social e relacionamentos grupais. Considerando-se as ciências humanas, é ampla a diversidade de uso do termo. A geografia a apresenta, por exemplo, como redes territoriais e sociais urbanas, sendo esta última noção também empregada pela sociologia. A administração analisa as redes organizacionais e empresariais. A antropologia faz uso dos conceitos de redes de vizinhança, de parentesco, de amizade. Da sociologia, ainda, vem a idéia de redes como articulação política, ideológica ou simbólica[33].

Apoio Social e Envelhecimento

A partir da década de 1960, observou-se no Brasil, a exemplo do que já ocorria em países desenvolvidos, uma alteração na base da pirâmide populacional. Data dessa década o aumento significativo de idosos frente à população geral, e foi também nesse período que as atuações com redes sociais têm seu desenvolvimento.

Atualmente, como marca indelével do século XXI, observa-se uma franca expansão de idosos mais idosos, indivíduos com 80 anos e mais, segmento com maior predisposição à fragilidade e, assim sendo, o mais propenso a se valer de uma rede de relações para auxílios em atividades cotidianas[9].

Os idosos representam hoje cerca de 10% da população total. Conforme dados do Censo Demográfico de 2000, são 15,5 milhões de brasileiros com 60 anos e mais, dos quais 11,7% são pessoas de 80 anos e mais, ou seja, um contingente de um milhão e meio de idosos muito idosos[7].

Segundo Paschoal[28], a sobrevida aumentada não garante por si uma vida com boa qualidade. Os resultados possíveis da transição epidemiológica que decorre da transição demográfica são o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, com suas seqüelas e preocupações, levando a incapacidade, dependência e necessidade de cuidados de longa duração. Os anos a mais podem ser de sofrimento, angústia e desesperança, marcados por declínio funcional, perda de autonomia, isolamento e depressão, o que demanda a intervenção de grupos de apoio, tanto familiares como comunitários ou vinculados a programas públicos.

São, dessa forma, as redes microssociais o elo das relações informais oriundas dos vínculos de parentesco, vizinhança e comunidade, com a rede formal representada pelo conjunto de instituições públicas, em especial, as das áreas social e de saúde.

A Rede de Suporte Social do Idoso

Os expoentes mais expressivos da rede de relações do idoso emanam da família, dos amigos e da comunidade[1,3,10].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Descreveremos, a seguir, as peculiaridades de cada segmento relacional.

Família

A sociedade contemporânea protagoniza alterações significativas nas relações de parentesco e no surgimento de novas formas de família. Em épocas anteriores, elas eram maiores, mais numerosas. Freqüentemente residiam num mesmo local, compartilhando, muitas vezes, da mesma atividade laboral. Tamanha proximidade promovia um maior envolvimento de seus membros, favorecendo que um deles cuidasse de seu genitor, quando este viesse a necessitar[15].

O apoio familiar, todavia, passou por alterações, admitindo novos arranjos decorrentes da queda da natalidade vigente na sociedade brasileira atual. Em algumas regiões mais desenvolvidas, por exemplo, há taxas de nascimento próximas ou abaixo da de reposição, expressa, segundo a Organização Mundial de Saúde, por 2,1 filhos por casal, tendo, portanto, famílias com poucos membros. Em contrapartida, em regiões mais carentes, as dificuldades quanto ao apoio familiar ao idoso são de outra natureza. Os jovens migram para regiões mais promissoras, deixando seus genitores sem retaguarda familiar[8].

Em ambos os casos, o apoio comunitário emerge como uma alternativa de atendimento às necessidades do idoso. Contudo, na vigência de problemas mais sérios de saúde que comprometam sua autonomia e independência, continua sendo a família, tanto a nuclear, composta pelos descendentes, quanto a ampliada, que abarca, além dos componentes da família nuclear, seus ascendentes, colaterais e agregados, o vínculo primeiro a ser acionado[2,15,30].

Outros arranjos são atualmente definidos como família. Neles vemos claramente a fusão de vínculos consangüíneos e laços afetivos de pertencimento, nos quais são incluídos os integrantes da comunidade. Seguindo tais definições, temos a família estendida e modificada; aquela que, apesar de seus membros residirem em casas separadas, muito distantes ou mesmo em outras localidades, mantêm entre si o relacionamento ativo, ocorrendo intimidade à distância.

Já a família modificada é aquela que agrega, além dos parentes, os amigos íntimos e os vizinhos[3,17,24,25,30].

Para Herr e Weakland[21] a família, tanto na sua acepção nuclear ou estendida quanto a modificada, se mostra como o recurso mais importante na vida do idoso, pois age como fator potencializador no manejo dos problemas de saúde no envelhecimento. Sugerem os autores que, na avaliação clínica do idoso, seja incluída uma avaliação global que a considere.

Ainda quanto ao envolvimento familiar, Shanas[34] e Dabas[10] apontam a família como o suporte principal para que se evite a institucionalização de idosos mais fragilizados.

Apesar de a maior possibilidade de os idosos depender do apoio familiar à medida que envelhecem, não é a dependência o principal fator nas relações do idoso-família. O fator preponderante dessa relação é, acima de tudo, a interdependência, pois, se em muitas ocasiões os idosos recebem ajuda, em outras, provêem assistência e auxílio aos filhos, netos e bisnetos[11,34].

Segundo Dabas[10], são as atitudes sociais e culturalmente definidas que atuam sobre as gerações, fazendo com que as mais novas forneçam o suporte necessário a seus idosos. Na maioria das vezes, trata-se de uma atitude com forte caráter afetivo e de retribuição, que conta com uma diversidade de colaborações e trocas entre idosos e seus filhos adultos, em um contexto de solidariedade intergeracional e maturidade filial[6,30,32].

Apoio Comunitário

Com a diminuição da quantidade de membros das famílias, fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, a participação comunitária — de amigos e vizinhos — é cada vez mais usual como fator primordial para o desenvolvimento de políticas e programas de atenção ao idoso. Segundo alguns pesquisadores brasileiros, o cuidado oferecido pela família e pela comunidade, entendido como cuidado informal, em parceria com o disponibilizado pelos profissionais, o cuidado formal, constitui importante suporte para os idosos dependentes[19,24,29].

As ações desencadeadas por essa parceria se efetivam por meio de orientações, esclarecimentos e informações que viabilizam propostas terapêuticas direcionadas à promoção da saúde do idoso, objetivando sua permanência na comunidade. Sem o apoio formal, essa rede informal de apoio ou de suporte social sente-se desamparada, sem condições de responder às demandas necessárias. É importante ressaltar que, como o processo de envelhecimento não é uniforme, os indivíduos podem atingir idades avançadas em boas condições físicas. Isso resulta em dife-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rentes demandas para a rede de suporte social, não somente a prestação de cuidados especificamente com a saúde[22].

Para atender às várias demandas do idoso, do mais dependente ao independente, a Organização Pan-Americana de Saúde no ano de 1998, em sua 25ª Conferência Sanitária, recomendou três tipos de programas de atenção ao idoso, com os objetivos descritos a seguir:

- envolvimento com a comunidade para evitar a institucionalização de pessoas debilitadas;
- incentivo à atenção primária de saúde, evitando a hospitalização;
- programas que estimulem a autonomia dos idosos[27].

Amigos

Segundo Erbolato[15], a categoria *amigos* pode ser definida como "(...) relacionamentos voluntários, predominantemente entre iguais, resultado do livre-arbítrio: escolhe-se a quem dar e de quem receber afeição, sem obrigatoriedade. São escolhidos com base em semelhanças entre as pessoas (gênero, etnia, *status*, escolaridade e faixa etária) e por apresentarem atributos considerados desejáveis, como lealdade, confiança, valores e interesses comuns."

Para Ayéndez[3], amigos são "pessoas que mantêm relações afetivas que podem predispor a vários tipos de assistência: fazer companhia, compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas".

Quanto às funções desempenhadas, nota-se diferença entre as realizadas por familiares e as por amigos. Estes, mais freqüentemente desempenham um papel pequeno na ajuda ao idoso mais fragilizado, incidindo a maior demanda de cuidados relativos aos cuidados pessoais sobre a família, principalmente as filhas[19]. Os amigos costumam, mais corriqueiramente, executar atividades instrumentais, tais como fazer compras, auxiliar nas atividades domésticas ou fazer companhia[3].

Para Erbolato, isso se deve a dois fatores:

- os amigos geralmente são contemporâneos, apresentando, muitas vezes, as mesmas dificuldades ou limitações que o idoso, o que dificulta a provisão de cuidados;
- na amizade tudo é voluntário, não havendo assim nenhum caráter de obrigação, como nos vínculos familiares. A provisão fornecida é, portanto, sempre facultativa. Apesar dessas limitações, os amigos representam um vínculo extremamente significativo para o idoso no que tange à manutenção de sentimentos de bem-estar, diminuindo a solidão e promovendo interação[15].

Vizinhos

Com a diminuição das famílias, os amigos, os vizinhos e as demais pessoas da comunidade constituem uma rede eficiente e ativa, funcionando como um dos pilares da rede de suporte social do indivíduo. Por toda sua importância, como instância que pode facilitar a permanência do idoso no seu meio, essa rede deve ser valorizada e mobilizada, pois é a base dos programas de Prevenção e Promoção de um envelhecimento saudável[26,27].

As relações estabelecidas com os vizinhos podem limitar-se à assistência para serviços ou apoio instrumental, não necessariamente de caráter afetivo, como na amizade[3].

Esses relacionamentos, segundo Erbolato[15], "são relacionamentos marcados pela proximidade geográfica e pelo contato freqüente, duas características que podem ser associadas à provisão de auxílio, de informações e de pequenas tarefas, muitas vezes imprescindíveis para aqueles que têm mobilidade limitada".

Mapa Mínimo de Relações: Ferramenta para Avaliar a Rede de Suporte Social do Idoso

Dentre os instrumentos de que dispomos para avaliar uma rede de suporte social, um se destaca pela sua forma de apresentação: é um instrumento gráfico, denominado Mapa Mínimo de Relações. Esse instrumento, utilizado por Sluzki[35], pesquisador da área da terapia sistêmica, foi adaptado e modificado por Domingues[12] para ser utilizado em indivíduos idosos, sendo validado quanto ao seu conteúdo em 2004 e tendo como missão identificar a rede de suporte social do idoso[12,35].

O princípio fundamental de um mapa de relações é a sociometria, área de pesquisa da psicologia social desenvolvida por Moreno. Para que se configure tal mapa, dois conceitos são fundamentais: a proximidade do relacionamento, segundo a percepção do pesquisado, e a freqüência com que o contato ocorre.

O conceito de proximidade de relacionamento tem uma característica eminentemente qualitativa, preponderando os aspectos afetivos que envolvem seu estabelecimento[24].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Segundo Dobrof[11], pesquisadora americana, nos Estados Unidos tal proximidade promove a intimidade à distância entre o conjunto da rede de relações. Esse tipo de intimidade suscita de Dobrof a seguinte reflexão: "(...) mesmo quando os pais idosos e seus filhos estão geograficamente distantes, o contato é mantido por meio de telefonemas regulares e, freqüentemente, cartas, presentes e visitas periódicas; e, além disso, embora a distância física realmente impeça a disponibilidade desses filhos e de suas famílias no dia-a-dia das pessoas idosas, ainda se pode contar com eles para certos tipos de assistência."

Já a freqüência de contatos permite identificar o aspecto instrumental do vínculo estabelecido, a efetivação do apoio recebido. Essa avaliação é sobremaneira importante na análise da rede de relações dos idosos, principalmente daqueles cuja capacidade funcional encontra-se diminuída, requerendo auxílio para as atividades cotidianas[31].

Para outros estudiosos do tema, a percepção do apoio social, mensurada pela freqüência de contatos, está diretamente relacionada com o grau de correspondência das relações interpessoais com certas funções, ou seja, diz respeito aos recursos disponibilizados em situação de necessidade[4,14,18].

O diferencial do Mapa Mínimo de Relações como instrumento de avaliação da rede de suporte social do idoso em relação aos outros tipos de instrumentos de avaliação social está no fato de este ser um instrumento gráfico. Tal atributo permite fácil identificação e visualização dos vínculos significativos mencionados. Outro ponto favorável em relação aos demais instrumentos é sua aplicação.

Como se trata de uma ferramenta de caráter interdisciplinar, ela pode ser aplicada pelos diversos profissionais que compõem uma equipe de trabalho, sendo sua utilização extremamente pertinente para a área social e de saúde.

Apresentamos a seguir (Anexo 1) o instrumento, salientando que a capacitação dos profissionais é de suma importância para a sua correta aplicação e a posterior elaboração de um plano de trabalho que contemple o idoso e sua rede de relações.

Anexo 1
MMRI – Dados de Identificação

Data da entrevista: _____/_____/_____

Nome: _____

Sexo: Fem. ( ) Masc. ( )

Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

1) Estado Conjugal:

Solteiro(a) ( )Casado(a) ( ) Separado(a) ( )Viúvo(a) ( )Outros: _____

2) Quanto à convivência:

Reside sozinho(a) sim ( ) não ( ) Se não, com quem reside:

( ) Companheiro(a) ( ) Filho(a) ( ) Neto(a)

( ) Outros, quem: _____

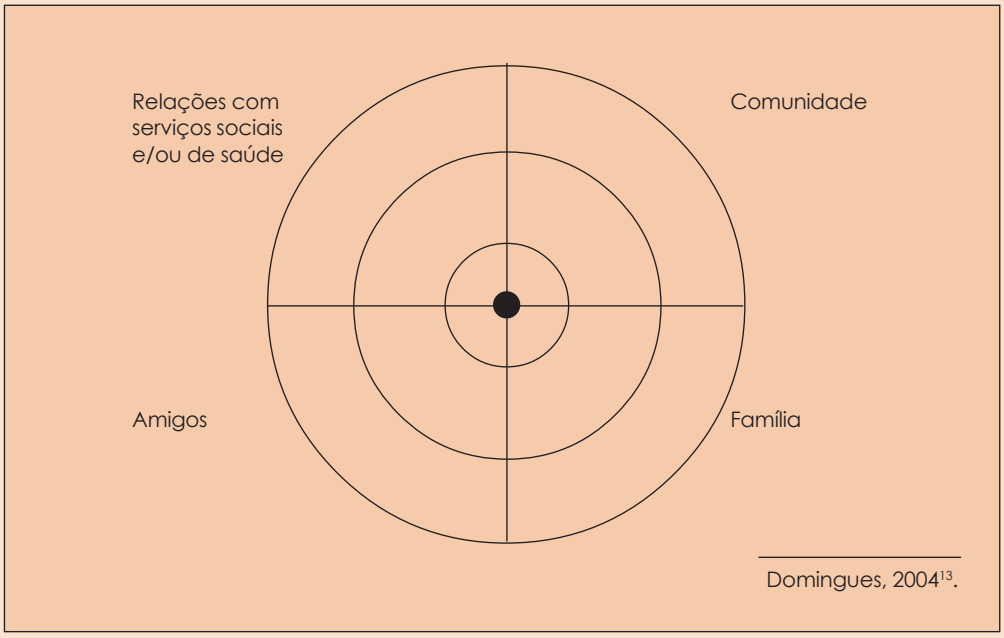
Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3) Há quanto tempo mora neste local: menos de um ano ( ) de 1 a 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( )
de 11 a 15 anos ( ) de 16 a 19 anos ( )
mais de vinte anos ( )

4) Escolaridade: Sem escolaridade ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo ( )
2º grau incompleto ( ) 2º grau completo ( ) Superior incompleto ( )
Superior completo ( )

5)Tipo de moradia: Casa ( ) Apartamento ( ) Outros: _____

6) Vinculação do imóvel: Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Outros: _____



Domingues, 2004[13].

Peguntas/Funções

1 – visita
2 – companhia
3 – auxílio para atividades domésticas
4 – auxílio para cuidados pessoais
5 – auxílio financeiro

Freqüência de Contatos

1º Círculo — 1vez por semana/FREQÜENTEMENTE
2º Círculo — 1 vez por mês/POUCO FREQÜENTEMENTE
3º Círculo — 1 vez por ano/RARAMENTE

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Abreviações/símbolo utilizados para o registro das respostas		
Amigos e Sistema de Saúde	*Família*	*Comunidade*
•	eo - esposo ea - esposa fa - filha fo - filho ia - irmã io - irmão na - neta no - neto o - outros	cc – membros de centro de convivência cl – membros de clubes de lazer ou serviço gr – membros de grupos religiosos gt – membros de grupos de terceira idade ed – empregada doméstica ps – prestadores de serviços vi – vizinhos o – outros

Observações:

_____

_____

_____

_____

PERGUNTAS A SEREM REGISTRADAS NO MMRI

1) **Quais as pessoas que o(a) visitam, pelo menos:**
   - uma vez por semana (freqüentemente)?
   - uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
   - e uma vez por ano (raramente)?

2) **Com quem o(a) senhor(a) pode contar se desejar ou precisar de alguém para lhe fazer companhia:**
   - uma vez por semana (freqüentemente)?
   - uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
   - e uma vez por ano (raramente)?

3) **A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras:**
   - uma vez por semana (freqüentemente)?
   - uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
   - e uma vez por ano (raramente)?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

4) **A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, se deitar:**
   - uma vez por semana (freqüentemente)?
   - uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
   - e uma vez por ano (raramente)?

5) **Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar comida, remédio etc.:**
   - uma vez por semana (freqüentemente)?
   - uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
   - e uma vez por ano (raramente)?

ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR PERGUNTAS A SEREM REGISTRADAS NO MMRI

(Pergunta que identifica a função de número 1)

Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por semana?

Resposta: minha filha e meu irmão.

Registro no MMRI: o registro será feito no 1º círculo de freqüência de contatos com o número 1 (referente ao número da pergunta que identifica a função visita), ao lado das abreviações fa e io (abreviação de filha e irmão) e deverão ser registradas no quadrante de relações com a família.

Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por mês?

Resposta: minha vizinha e uma amiga da minha igreja.

Registro no MMRI: o registro será feito no 2º círculo de freqüência de contatos com o número 1 (referente ao número da pergunta que identifica a função visita) e a abreviação vi (vizinho) e gr (grupo religioso), no quadrante de relações com a comunidade.

Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por ano?

Resposta: minha amiga, que mora em outra cidade e vem passar o natal aqui com os filhos e a irmã.

Registro no MMRI: o registro será feito no 3º círculo de freqüência de contatos com o número 1 (referente ao número da pergunta que identifica a função visita) e um ponto (·), símbolo de uma relação significativa no quadrante de amigos.

(Pergunta que identifica a função de número 2)

Quem lhe faz companhia pelo menos uma vez por semana?

Resposta: O João, e uma moça que trabalha aqui em casa.

Pergunta do pesquisador: E o João é o que seu?

Resposta da idosa: Ele é meu esposo/marido.

Registro no MMRI: O registro será feito no 1º círculo de freqüência de contatos com o número 2 (referente ao número da pergunta que identifica a função companhia) e a abreviação eo (esposo) no quadrante de família, e ps (prestador de serviço), no quadrante de relações com a comunidade.

Quem lhe faz companhia pelo menos uma vez por mês?

Resposta: Minha neta que mora em outra cidade e vem passar uns dias comigo. Sabe, eu sou tia dela, e a criei. Ela é como uma filha.

Registro no MMRI: O registro será feito no 2º círculo de freqüência de contatos com o número 2 (referente ao número da pergunta que identifica a função companhia) e a abreviação na (neta) no quadrante de família.

Quem lhe faz companhia pelo menos uma vez por ano?

Resposta: Não tem mais ninguém, não senhora.

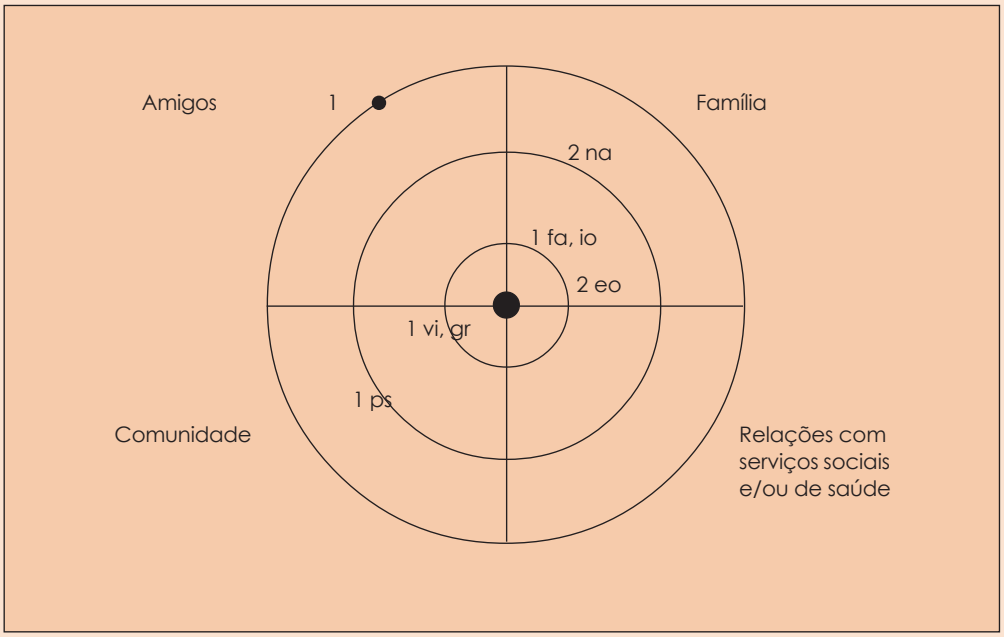
Registro no MMRI: Fica em branco, pois não tem nenhuma pessoa no 3º círculo de freqüência de contatos.

Assim deve ser procedido com as demais perguntas.

O tamanho da Rede de suporte social corresponde, dessa maneira, ao número de registros no Mapa Mínimo de Relações, segundo a percepção do idoso. Além do tamanho, esse instrumento permite conhecer a amplitude dos relacionamentos significativos mencionados, por quadrante, ou seja, pela composição (símbolo e abreviações), por círculo (freqüência de contatos) e por função desempenhada.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

EXEMPLO DO MMRI PREENCHIDO



Referências Bibliográficas

1. Andrade GRB, Vaitsman et al. J. Apoio social e redes: conectando solidariedade saúde. Ciênc Saúde Col 2002; 7 (4): 925. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413. Consultado em 2 de junho de 2004.
2. Aquino FTM, Cabral BES. O idoso e a família. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1.05.
3. Ayéndez MS. El apoyo social informal. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; OPAS – Publicación Científica; 1994; 546:360-8.
4. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurements scales. Measuring social network and social support. Baltimore: Open University Press; 1997.
5. Caille, A. Antropologia do dom: o terceiro paradigma. Petrópolis: Vozes; 2002.
6. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. Cad Saúde Pública; 2003; 19 (3): 773.
7. Camarano AA. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
8. Camarano AA, Ghauori E, Kanso S. Famílias com idosos: são ninhos vazios. Texto para discussão 950. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003. Disponível em ssrn.com/abstrat=432720.
9. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Inf Epidemiol SUS; 2000; 9 (1):23.
10. Dabas EN, Najmanovich D. Redes, el lenguage de los vínculos. Buenos Aires: Paidos; 1995.
11. Dobrof R. Sistemas de suporte social. In: Calkins E, Ford BA, Kartz P. Geriatria prática. Porto Alegre: Revinter; 1997. p. 53-60. Instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. Tese. São Paulo; 2004.
12. Domingues MA. Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2000.
13. Domingues MA. Mapa mínimo de relações. Doutorado. Faculdade de Saúde Pública/USP; 2004.
14. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. Soc Sci Med 1999; 48: 661-73.
15. Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado F, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 957-64.
16. Fontes B. A Formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. Redes Revista Hispana para Análise de Redes Sociais; 2004; 7(2):01-33.
17. Garcia Pintos CC. A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas; 1997.
18. Griep RH, Dóra C, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade test-retest de escala no Estudo Pró-Saúde. Rev Saúde Pública; 2003; 37(3):379-385. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex &pid=S0034.
19. Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública; 2003; 19(3):861-66.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

20. Klovdahl A et al. On-going research – research en cours: une petite enquete - the challenge of social network research in france. Bulletin de Méthodologie sociologique; 1994; 43: 74-90.
21. Herr J, Weakland J. Terapia interaccional y tercera edad: asesorando a la familia del geronte. Buenos Aires: Nadir; 1979.
22. Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 892-97.
23. Moreno JL. Fundamentos de la sociometria. Buenos Aires: Paidos; 1967
24. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2001.
25. Neugarten BL. Dynamics of transition of middle age to old age: adaptation and life cycle. J Geriatr-psychiatry; 1970; 4 (1): 71-100.
26. Organização Mundial de Saúde. Paradigmas da Atenção ao Idoso. In: Anais da 26ª Conferência Sanitária: 54ª Sessão do Comitê Regional setembro de 2002. Washington, D.C.: Organização Pan-americana de Saúde; 2002.
27. Organização Mundial de Saúde. Saúde dos idosos; envelhecimento e saúde: um novo paradigma. In: Anais da 25ª Conferência Sanitária: 50ª Sessão do Comitê Regional 21-25 de setembro de 1998. Washington, D.C.: Organização Pan-americana de Saúde; 1998.
28. Paschoal SMP. Desafios da longevidade: qualidade de vida. O Mundo da Saúde; 2005; 29 (4): 608-12.
29. Perracini M, Najas M, Bilton T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 814-19.
30. Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 106-10.
31. Roles L, Curiel GR, Garcia LMC, Coles LC, Medrano MSG, Gonzalez MS. Redes y apoio social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. Cad Saúde Pública; 2000; 16 (2): 557-60.
32. Salvarezza L. Psicogeriatria teoria y clínica. Buenos Aires: Paidos; 1996.
33. Scherer-Warren I. Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização. São Paulo: Hucitec; 1999.
34. Shanas E. The family as a social support system in old age. Gerontologist; 1979; (19): 169-74.
35. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

63 Atividade Física para o Idoso e Objetivos

Miguel Antonio Rahal
Félix Ricardo Andrusaitis
Guilherme Turolla Sguizzatto

Introdução

Entre os 25 e 65 anos de idade há diminuição substancial, em torno de 10% a 16%, da massa magra ou massa livre de gordura por conta das perdas na massa óssea, no músculo esquelético, na água total e da variação nos fluidos corporais, o que contribui para a redução na taxa metabólica basal. Essa diminuição da massa muscular está associada, evidentemente, a um decréscimo de 10% a 15% por década na força que geralmente se torna aparente somente a partir dos 50 a 60 anos. Há, portanto, diminuição de 30% na força muscular e 40% de redução na área muscular entre a segunda e a sétima décadas de vida. Ocorre com isso maior índice de fadiga, diminuição da flexibilidade e da agilidade, diminuição da mobilidade articular, do equilíbrio e da coordenação motora, o que favorece as quedas. Entre os 70 e os 80 anos tem sido relatada perda ainda maior. Indivíduos sadios nessa faixa etária têm desempenho 20% a 50% menor em testes de força muscular comparados aos jovens. Essa perda do desempenho pode também ser explicada pelas mudanças nas propriedades intrínsecas das fibras musculares.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal decorrente de contração muscular, com dispêndio energético maior que o de repouso, exemplificada por esportes, exercícios físicos e determinadas experiências de lazer e atividades utilitárias. Ela tem como objetivos a manutenção ou recuperação da saúde, a sociabilização e o lazer; tornando-se de extrema importância para a qualidade de vida e a manutenção da independência da população idosa e na promoção de saúde. O exercício físico é uma atividade física planificada, estruturada, repetitiva, que tem como objetivo a melhora e a manutenção de um ou mais componentes da forma física.

A atividade física deve aumentar a reserva funcional, compensar limitações, evitar ou postergar manifestações de doenças, controlar doenças existentes, promover mudanças de hábitos, prevenir traumas e acidentes, incentivar a cidadania e a inserção social.

Estima-se que apenas 35% a 45% da população idosa dos Estados Unidos e do Reino Unido pratiquem atividades físicas regularmente. Quanto à recomendação médica, apenas 36% dos profissionais indicam exercícios físicos a pacientes idosos.

Sedentarismo e Envelhecimento

Estudos recentes em nosso meio sobre fatores de risco mostram que uma parcela significativa da população idosa é sedentária. Rego e col.[24], em 1990, observaram em adultos com 15 a 59 anos do município de São Paulo uma prevalência de sedentarismo de 57,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres. Ducan e col., em estudo realizado no município de Porto Alegre com população de 15 a 64 anos, obser-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

varam uma prevalência de sedentarismo geral de 36% entre os homens e 57% entre as mulheres.

Em idosos do município de São Paulo, na década de 1990 a prevalência de inatividade de era de 38,6% e a de atividade física irregular era de 57,6%. Os homens são mais ativos que as mulheres. Eles preferem caminhar e as mulheres preferem a ginástica. Os ativos de ambos de ambos os sexos têm melhores níveis de instrução, renda e maior independência. No sexo feminino, as que moram sozinhas são mais ativas do que as que residem com familiares, e as que possuem mais de 75 anos têm maior prevalência de inatividade.

A inatividade física ou sedentarismo é reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para doenças não-transmissíveis nos países ocidentais. O tabagismo, a hipertensão arterial e a dislipidemia são os outros fatores de risco modificáveis que fazem desse conjunto de doenças crônico-degenerativas o principal problema de saúde durante o envelhecimento nos tempos atuais.

Muitos estudos têm surgido relacionando atividade física com redução de doenças e melhora na qualidade de vida dos indivíduos. O mesmo foi encontrado em um estudo realizado por nós em que foi observada melhor qualidade de vida e menores índices de depressão em atletas idosas quando comparadas com idosas, também saudáveis, porém, sedentárias. Estudos epidemiológicos iniciais realizados nas décadas de 1950 e 1960 evidenciam que a inatividade física foi um fator de risco para doenças cardiovasculares ou para todas as causas de mortalidade. Essa evidência continuou a crescer, quando em 1987 uma revisão sistemática considerou consistente a relação entre inatividade e doença cardiovascular. Em 1990, isso foi confirmado com uma meta-análise formal. Nesse período e nos 15 anos seguintes várias organizações e pesquisadores publicaram diretrizes nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa. Vários países, entretanto, ainda não direcionam a devida atenção para a identificação de níveis de inatividade, principalmente em indivíduos acima dos 60 anos.

O sedentarismo carrega consigo o mal das doenças hipocinéticas e suas repercussões em todos os sistemas e funções do organismo, como o aumento da freqüência cardíaca de repouso e a conseqüente diminuição da área de reserva funcional; o aumento da massa gorda, que, além da sobrecarga do sistema músculo esquelético, está ligada ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas comuns em idosos, como, por exemplo, o diabetes tipo II. Há também aumento do risco de doenças do sistema cardiocirculatório, como hipertensão arterial sistêmica, e diminuição gradativa da massa muscular esquelética e da força também, conhecida como sarcopenia, levando a uma dificuldade progressiva para a realização das atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), assim como à maior dificuldade de manter a postura e o equilíbrio, o que aumenta o risco de quedas. Para imaginarmos como esses efeitos do sedentarismo atingem qualquer indivíduo, tomemos um caso hipotético de um idoso em torno de 70 anos, sedentário, que raramente praticou exercícios durante a vida adulta, mesmo nas horas de lazer. Este indivíduo, sem dúvida, sob o efeito das alterações do envelhecimento e também do sedentarismo, perderá muito de suas capacidades e habilidades físicas e motoras.

Atividade Física: Quantidade e Qualidade

A atividade física não deve ser encarada unicamente como treinamento de modalidades esportivas, aulas em academias ou exercícios físicos semelhantes aos de academias e praticados pelo indivíduo ainda que sem orientação. Não devemos nos esquecer de enquadrar também as atividades de lazer, como dança, passeios a pé ou de bicicleta, atividades laborais que envolvam principalmente atividades do dia-a-dia, como levar o cachorro para passear, jardinagem, entre braçais ou caminhadas para a execução dos serviços e mesmo outras. Pode-se utilizar o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), proposto pela Organização Mundial de Saúde MS em 1998, como instrumento para medir o nível de atividade física, questionário este validado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS).

A complexidade da avaliação da equipe varia conforme as características, o tipo, a intensidade e os objetivos da atividade física e a disponibilidade de infra-estrutura, utilizando desde a simples aplicação de questionários até a execução de exames clínicos e funcionais pormenorizados, para melhor lidar com as possíveis síndromes que possam fragilizar essa população. Portanto, deve-se levar em consideração a preferência do indivíduo, sua aptidão prévia, a reserva funcional, a estruturação de potencialidades e o menor risco de eventos adversos durante a atividade física.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Qualquer atividade deve ser constante e prazerosa, gradual para diminuir riscos, auxiliar prováveis tratamentos, promover a motivação e a satisfação. Seguindo esses passos, atividades como: trabalhos manuais, recreação ativa, esportes, programas de condicionamento em casa, ou em academias ou em instituições podem atingir melhora da qualidade de vida desta população.

Os melhores benefícios são obtidos com programas que enfocam a reversibilidade de *déficits* musculares, ósseos, cardiovasculares, marcha e equilíbrio. Melhores resultados são obtidos naquelas instituições em que há a participação de equipes interdisciplinares, cuja atuação engloba aspectos de mudanças de hábitos de vida e afastamento dos fatores de risco ou minimizando-os. A Tabela 63.1 apresenta estudos realizados por diversos autores, com respectivo número de participantes, tipo da atividade física, duração e resultados alcançados.

Mesmo quando os idosos possuem limitações ou encontram-se fragilizados por comorbidades há benefícios marcantes para reabilitação e prevenção, aumentando a qualidade de vida dessa população. Basta lembrar que a prevalência de algumas afecções crônicas e limitações tem íntima relação com o aumento da idade. Estudo Australiano identificou um aumento na mortalidade em 74% dos sedentários acometidos por doenças crônicas

A Tabela 63.2 mostra a prevalência de condições crônicas e limitações físicas com a faixa etária, levando a equipe interdisciplinar a individualizar e adaptar, conforme necessidades individuais, a estratégia para o programa inicial de atividade física no idoso.

As atividades físicas leves e moderadas estão associadas com a redução na incidência de doenças crônico-degenerativas e maior potencial de reabilitação nos fragilizados (Tabelas 63.3 e 63.4).

Benefícios da Atividade Física

Sistema Cardiocirculatório

A atividade física pode ser considerada um remédio para diversas disfunções do indivíduo.

Há uma forte relação dose-resposta entre a quantidade de atividade e seu efeito protetor, sendo que o risco diminui à medida que a atividade aumenta. Eakin e col.[5], em revisão de 15 trabalhos, apresentaram o impacto da atividade física na qualidade de vida comparando o risco da inatividade, encontrou dez trabalhos com respostas efetivas.

The Nurses Health Study evidenciou a redução de acidentes vasculares cerebrais praticando-se caminhadas em intensidade moderada; no Honolulu Heart Study a distância das caminhadas estiveram inversamente relacionadas ao risco coronariano e à mortalidade total.

A prescrição da atividade física pode ser indicada quanto à intensidade aferida de acordo com o gasto basal do indivíduo ao longo do tempo. A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte sobre Atividade Física e Saúde fornece alguns exemplos práticos quantificando um gasto basal de 2.000kcal semanais.

- Atividades leves: arrumar a casa, jogar bocha, caminhar vagarosamente.
- Atividades moderadas: caminhar rapidamente (5km/h), jardinagem, ciclismo (9km/h), dançar, jogar basquete ou vôlei adaptado.
- Atividade intensa: correr (9min/km), jogar futebol, nadar.
- Atividade muito intensa: correr (7min/km), jogar frescobol.

Alguns exemplos podem ser observados na Tabela 63.5.

No sistema cardiocirculatório ocorrem como efeitos do exercício a diminuição da freqüência cardíaca de repouso, a diminuição da pressão arterial e a melhora da complacência de grandes vasos. Os mecanismos de perda de complacência das paredes de artérias envolvem alterações em propriedades estruturais e não estruturais das paredes das artérias e esta redução associada ao envelhecimento está associada com a deterioração da função cardiovascular e com a elevação do risco de doenças. Estudos têm mostrado, ainda que não de maneira clara, que exercícios aeróbicos atenuam a redução de complacência arterial associada ao envelhecimento em pessoas de meia idade e idosos[29]. Alguns trabalhos mostram benefícios ao condicionamento cardiovascular tanto através do treino de *endurance* quanto do treino de força. Este trabalho mostra, na verdade, que o ganho de força pode reduzir a carga relativa de um exercício representando a possibilidade de melhores desempenhos, mesmo quando aparentemente a força não é a principal capacidade envolvida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 63.1 Estudos que Evidenciam Benefícios para Idosos que Praticam Atividades Físicas

Autor e Ano	*Participantes*	*Tipo de Atividade Física*	*Duração*	*Encontrado*	*Resultados*
Cummings e col., 1995	9516 mulheres com ou sem fratura de fêmur (26% possuíam 75 anos ou mais)	Caminhadas	6,5 anos	Quanto a fraturas de fêmur	RR=0,7(95% de IC=0,5-0,9)
LaCroix e col., 1996	1645 idosos com 65 anos ou mais com ou sem história pregressa de doenças cardiovasculares; 35% com 75 anos ou mais	Caminhadas de 4 ou mais horas/ semana X Caminhadas de menos de 1 hora/ semana	5 anos	Quanto à hospitalização por acometimentos CV	RR=0,69(95% de IC=0,52-0,9)
Kaplan e col., 1987	564 idosos (70 ou mais anos).	Alta ou baixa freqüência e intensidade em atividades de lazer	17 anos	Todas as causas de mortalidade	RR=0,73(95% de IC=0,58-0,92)
Glass e col., 1999	2761 idosos. (65 anos ou mais, 41% possuíam mais de 75 anos).	Alta X Baixa freqüência na participação de atividades físicas como natação e caminhadas	13 anos	Todas as causas de mortalidade	RR=0,85(95% de IC=0,77-0,95)
Bijenen e col., 1999	472 idosos alemães (homens com 70 anos ou mais, média de 75,1 anos)	Alta X Baixo tempo de realização de atividades físicas moderadas severas. Inclui caminhadas, ciclismo, Jardinagem, outros jogos e esportes	5 anos	Todas as causas de mortalidade	RR=0,44(95% de IC=0,25-0,80)
Seaman e col., 1995	1015 esportistas idosos (70 a 79 anos de 3 comunidades dos EUA média de 74,3 anos)	Moderado ou extenuante X Baixa atividade física	2,5 anos	Quanto ao declínio físico na performance baseada em 5 testes de avaliação física	OR=0,52(95% de IC=0,34-0,79)
LaCroix e col., 1993	6891 idosos (65 anos ou mais de 3 comunidades dos EUA; 35% possuíam 75 anos ou mais)	Alta X Baixa freqüência de exercícios moderados	4 anos	Declínio na mobilidade, inabilidade de subir um lance de escadas e/ ou caminhar 800 metros	RR=0,6(95% de IC=0,4-0,7)
Hakim e col., 1999	2678 idosos do sexo masculino (independentes livres de doenças coronarianas, média de idade de 77,7 anos)	Caminhar menos de 0,4km/dia X Mais de 2,4km/dia	2 a 4 anos	Incidência de doença coronariana	RR=2,3(95% de IC=1,3-4,1)

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 63.2 Prevalência de Condições Crônicas e Limitações Físicas nos Idosos na Comunidade

	Faixas Etárias		
Condições Crônicas/ Idade	*65-74 anos*	*75-84 anos*	*≥ 85 anos*
Doença arterial periférica	8,3%	14,4%	23,3%
Doença de Parkinson	14,9%	29,5%	52,4%
Doença de Alzheimer	3%	18,7%	47,2%
Osteoartrite de joelhos	27,4%	34,1%	43,7%
Limitações Físicas			
Inabilidade para subir um lance de degraus	8,8%	16,6%	23%
Inabilidade para andar 800 m	15,7%	29,4%	50,1%
Comprometimento visual	7,2%	13%	31,7%

Tabela 63.3 Evidências de Estudos Controlados Comprovando os Benefícios da Atividade Física em Idosos com 75 Anos ou Mais

Autor, Ano	*Participantes*	*Tipo de Exercício*	*Duração*	*Resultados*
Tinetti e col., 1994	301 membros da comunidade com70 anos, com aumento no risco para quedas (média de 78 anos)	Intervenção domiciliária, intervenção multifatorial, incluindo exercícios de equilíbrio e resistência muscular X grupo controle com visitas sociais	3 meses	Redução nas quedas em 31%
Wolf e col., 1996	136 pessoas da comunidade com 70 anos ou mais (média de 76,2 anos)	Tai Chi X seducação (grupo controle)	15 semanas	Redução no risco de quedas em 47,5%
Buchener e col., 1997	105 pessoas da comunidade, 65-85 anos de pequeno a médio risco para quedas; média de idade de 75 anos	Trabalho de ganho de força utilizandoequipamentos de musculação e / ou treinamento aeróbico com bicicletas X grupo controle	24-26 semanas	Redução no risco de quedas em 47%

Tabela 63.4 Alguns Benefícios na Realização de Exercícios

Benefícios	*Tipo de Exercício*
Aumento de força e potência	Musculação combinada com exercícios aeróbicos
Redução de quedas	Tai chi, hidroginástica, musculação e alongamentos com exercícios aeróbicos
Diminuição de níveis pressóricos	Exercícios aeróbicos (caminhar, nadar, ciclismo)
Diminuição da resistência periférica à insulina	Musculação e exercícios aeróbicos
Aumento de HDL-colesterol	Aeróbicos e musculação
Aumento da densidade óssea	Exercícios de resistência

Fonte: Gunnarson[11]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 63.5 Tempo Necessário para um Indivíduo de 70kg Alcançar um Gasto Calórico Semanal de 2.000kcal por Atividade

Atividade	*Tempo Semanal*	*Tempo Diário (7x/semana)*	*Tempo Diário (5x/semana)*
Caminhar no plano	6h	51min	1h11min
Pedalar (9km/h)	7h26min	1h04min	1h29min
Pedalar (15km/h)	4h45min	41min	57min
Correr Devagar (7min/km)	3h32min	30min	42min
Correr Moderado (5min e 10seg/km)	2h28min	21min	30min
Correr Rápido (4min e 21seg/km)	1h05min	18min	25min
Jardinagem	4h45min	41min	57min
Dança de Salão	9h20min	1h20min	1h52min
Fazer Compras	7h56min	1h08min	1h35min
Nadar (devagar)	3h43min	32min	45min
Nadar (rápido)	3h03min	26min	37min
Varrer Tapete	10h34min	1h31min	2h07min
Tênis	4h22min	37min	52min

Todo idoso que iniciar alguma atividade física deve passar por avaliação clínica individualizada. Mas, aqueles que começarem por atividades físicas leves podem ser submetidos a um questionário de triagem (Tabela 63.6), desenvolvido por Fiatarore[7] — instrumento efetivo na identificação de indivíduos que possam apresentar algum risco durante o exercício. Aplicado por oito anos consecutivos a oito mil mulheres e 7.500 homens no programa de Exercícios Físicos de Massachusetts, nomeado Keep Moving-Fitness after 50, não houve relato de eventos desfavoráveis nos que responderam negativamente ao questionário.

O exame de pré-participação minucioso deve ser acompanhado pelo teste ergométrico, principalmente para atividades de maior intensidade; para portadores de afecções cardiovasculares ou de um ou mais fatores para de risco para aterosclerose e candidatos a exercícios intensos. Esse teste apresenta boa sensibilidade na terceira idade e, na impossibilidade de sua realização, indica-se a cintilografia miocárdica com tálio, que apresenta melhor sensibilidade e especificidade na estratificação do risco. Finalmente, o estudo angiográfico como padrão ouro para diagnóstico de doença coronariana. Durante o teste ergométrico deve-se observar os seguintes sinais ao monitoramento do idoso, como é mostrado na Tabela 63.7.

Outros exames, como a radiografia de tórax, para detecção de aneurismas da aorta torácica e estudo da coluna vertebral dorsal; a densitometria óssea, para detecção de osteoporose; o *Doppler* de carótidas, para sopros carotídeos e/ ou queixas de baixo débito cerebral e a ultra-sonografia em massas pulsáteis em abdome.

Após essa definição, surgem critérios para acompanhamento do indivíduo e recomendações durante a atividade física.

O consumo máximo de oxigênio (VO2 máx) pode ser definido como o maior volume de oxigênio por unidade de tempo que um indivíduo consegue captar respirando ar atmosférico durante o exercício. É expresso em litros por minuto (L/min) ou mililitros por quilograma por minuto (mL/kg/min). A determinação de uma faixa ideal de freqüência cardíaca a ser mantida no exercício, com base na freqüência cardíaca máxima obtida através de um teste de esforço máximo, os valores percentuais do consumo máximo de oxigênio (VO2 máx.) alcançado no teste ergométrico, do gasto metabólico máximo (MET máx.), da freqüência cardíaca máxima atingida (Fc máx.), pelos níveis de cansaço subjetivo avaliado (IPE-índice de percepção do esforço de Borg) determinam a intensidade da prescrição da atividade física.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 63.6 Questionário para Triagem de Indivíduos Idosos Quanto a Riscos e Eventos Desfavoráveis Durante Programa de Exercícios Físicos

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que você só deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais da área da saúde?
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticava atividades físicas?
4. Você apresenta desequilíbrio devido a tonturas e/ ou perda de consciência?
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
6. Você toma algum remédio para pressão e/ ou problema de coração?
7. Sabe de alguma outra razão pela qual não deve realizar atividade física?
8. Você possui alguma lesão em pele ou úlcera nos pés?
9. Você perdeu peso nos últimos meses de maneira abrupta e inesperada?
10. Você sente fisgada ou formigamentos em membros inferiores quando anda ?
11. Você sente alguma alteração em seu ritmo cardíaco?
12. Você já apresentou alguma fratura em fêmur, coluna ou punhos?
13. Você já apresentou no último ano duas ou mais quedas?
14. Você possui diabetes?
15. Você apresentou alguma queda no último ano, qual a razão?
16. Você freqüentemente é acompanhado em serviço médico para investigação de alterações no ritmo cardíaco, doenças vasculares, angina, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares, doenças valvares e alterações sangüíneas?

OBS:
A. Caso o paciente responda "sim" deverá ser encaminhado para uma avaliação médica cuidadosa e minuciosa.
B. As perguntas devem ser aplicadas a idosos que vão se submeter a exercícios leves.

Fonte: Evans[16].

A freqüência cardíaca (Fc) pode ser calculada:

- Freqüência cardíaca máxima (Fc máx.): estabelecida entre 60% a 80% da freqüência cardíaca máxima alcançada no teste ergométrico utilizando-se grandes grupos musculares.
- Freqüência cardíaca máxima de reserva: estabelecida pela freqüência cardíaca basal mais (50% a 80%) vezes a diferença da freqüência cardíaca máx. e a freqüência cardíaca de repouso.{Fc basal + [(50% a 80 %) x (Fc máx. – Fc repouso)]}

O IPE de Borg constitui uma escala numérica de 15 pontos, variando de seis a vinte, com a descrição verbal subjetiva do cansaço proporcionado pela atividade realizada. O esforço é considerado máximo quando a pontuação fornecida, situa -se em torno de 19 a 20. A pontuação de 12 a 13 corresponde a uma intensidade média, aproximadamente 60% da freqüência cardíaca máxima (Tabela 63.8).

A prescrição do treinamento pode ser quantificada em função do gasto metabólico (MET). Pode ser definido como uma unidade convencional a partir da aferição do consumo de O_2 por uma pessoa de 70kg de peso, em repouso, sentada e durante um minuto. Assim, 1 MET aproxima-se de 3,5mL de O_2/kg de peso/min, ou o equivalente a 1,25kcal/min.

Seguem abaixo alguns exemplos de MET relacionado ao tipo de atividade:

- 3 a 4 MET = andar a 4km/h, pedalar a 10km/h, tênis de mesa, bilhar, arrumar a cama, baile de salão lento, cozinhar;
- 4 a 5 MET = andar a 5km/h, pedalar a 13km/h, velejar, tênis de duplas, nadar (18m/min), cuidar do jardim, dança de salão moderada, limpeza doméstica intensa, alvenaria;
- 5 a 6 MET= remo, patinação, tênis individual, voleibol, pedalar a 16km/h, dança de salão rápida, partir lenha, poda de árvores, transportar objetos de 35kg;
- 7 a 8 MET = corrida leve a até 8km/h, basquete, montar a cavalo em galope, serrar árvores, transportar objetos de 40kg;
- 8 a 9 MET = futebol, ciclismo a 23km/h, handebol;
- 9 MET = futebol (competição), correr a mais de 9km/h.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Recomenda-se como incentivo para as atividades em grupo ou com parceiros, sempre adaptado as suas condições individuais como quadro clínico, condições econômicas, horários, infra-estrutura do local, cultura. O aquecimento deve ser obrigatório de no mínimo cinco minutos para exercícios leves e dez minutos para exercícios moderados, diminuindo a probabilidade de contusões e acidentes. O vestuário deverá ser adequado para a atividade, muitas vezes, adaptado com protetores de quadril para idosos fragilizados e com risco iminente de quedas, palmilhas para correção de defeitos anatômicos dos pés, tênis com amortecedores, camisetas que permitam a perspiração.

A fase final do exercício deve conter sessões de exercícios de alongamentos e flexibilidade e o indivíduo deve evitar o cessar imediato, devido ao risco de hipotensão e menor metabolização do ácido lático pela musculatura e maior incidência de cãimbras, não devendo, portanto, ir diretamente para o banho.

A ingestão alimentar tem de ser programada para um balanço nitrogenado positivo, sendo recomendada a ingestão de 1 a 1,25g de proteínas de alto valor biológico por quilo de peso ao dia.

Diminuição de Massa Gordurosa

Pode-se definir obesidade como o excesso de tecido adiposo no organismo, podendo ser considerada, por si só uma doença, mas encontra-se também relacionada, direta ou indiretamente, a outros distúrbios patológicos. O melhor controle ponderal também está entre os benefícios da atividade física, assim como a diminuição do risco do aparecimento de doenças associadas à obesidade, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas. Apesar de a atividade física representar um gasto calórico muito menor do que a quantidade de energia que pode deixar de ser ingerida na dieta diária, devemos considerar outros aspec-

Tabela 63.7 Distúrbio de Condução do Ritmo e da Repolarização Ventricular Durante Teste de Esforço

Sinais de possível doença coronariana:
Depressão do segmento ST (y> 1mm)
Supradesnivelamento de ST (J>1mm)
Ectopia ventricular e supraventricular

Valores de Referência:

	Masc	Fem
VO2	33 ± 7,3	27 ± 4,7
METs	10	8

Interromper o exame em caso de:
- Cansaço
- Hipertensão severa (Pressão artéria sistólica maior que 250mmHg ou pressão arterial diastólica maior que 120mmHg)
- Alteração significativa do segmento ST (infradesnivelamento em torno de 3mm ou supradesnivelamento maior que 1mm em derivações sem onda Q)
- Arritmia grave
- Dor precordial.

Contra-indicações para realização do teste:
- Infarto agudo do miocárdio entre o 3° e 5° dias
- Angina instável
- Arritmias levando a comprometimento hemodinâmico
- Endocardite ativa
- Estenose aórtica severa
- Pericardite
- Trombose de extremidades
- Embolia pulmonar

Tabela 63.8 Escala de Percepção Subjetiva do Nível do Esforço Realizado de Borg

Pontuação	*Percepção do Exercício*	
6		
7	Muito, muito leve	Muito fácil
8		
9	Muito leve	Fácil
10		
11	Pouco leve	Relativamente fácil
12		
13	Um pouco forte	Ligeiramente cansativo
14		
15	Forte	Cansativo
16		
17	Muito forte	Muito cansativo
18		
19	Muito, muito forte	Exaustivo
20		

Fonte: Borg[2]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tos para os quais a atividade contribui, como o aumento da taxa metabólica basal, através da manutenção da quantidade de massa magra; efeito de longo prazo no qual, além do somatório de pequenos gastos, parece haver relação entre a manutenção da atividade física e o controle ponderal, levando-se em conta que o aumento de massa gordurosa depende de fatores genéticos, hábitos alimentares e atividade física. Deve-se ter o cuidado de lembrar que em idades muito avançadas existe perda de peso pela diminuição de massa magra, em decorrência da diminuição de ingestão calórica e também do baixo volume de atividade física.

A atividade física incrementa o nível de insulina no plasma, melhora sua sensibilidade e a intolerância à glicose, tornando melhor a relação de aproveitamento energético e diminuindo a ocorrência de diabetes tipo II ou melhorando a administração da doença quando já se encontra instalada.

A diminuição da massa gordurosa faz com que o movimento seja realizado com maior facilidade, diminuindo a carga relativa que cada segmento corpóreo representa, tornando o indivíduo mais capaz de realizar as tarefas do dia-a-dia com maior agilidade, gerando mais mobilidade e independência. Estes aspectos contribuem para a melhora da auto-estima, como resultado do efeito sobre a imagem corporal; mantêm ou devolvem a independência nas atividades e propiciam melhora no aspecto social, permitindo que o idoso se desloque mais facilmente e, assim, realize atividades fora de seu domicílio e não tenha restrições de relacionar-se com outros indivíduos.

Aumento de Mobilidade

Pode-se incluir neste tópico tanto as melhoras de habilidades motoras como as de amplitudes de movimento (ADM). Com relação à amplitude de movimento, esta terá sua melhora com a diminuição da rigidez articular e da elasticidade tecidual, desde que não existam impedimentos anatômicos como calcificações e que se ofereça exercícios que busquem a amplitude normal de cada articulação. Essas atividades podem ser a ginástica ou a hidroginástica, o exercício resistido ou qualquer outro que estimule o uso de cada articulação em sua amplitude anatômica, e que possa ser monitorado e orientado.

Normalmente atividades que promovem a competição entre indivíduos acabam gerando menor atenção à qualidade de cada movimento e maior valorização do resultado. Não se entenda esta afirmação como uma negativa à prática de atividades competitivas, pelo contrário, muitas vezes a competição pode ser o elemento motivador que leva o indivíduo à prática de atividade física, mas devemos estimular outras atividades que complementem e prepararem o indivíduo para sua atividade principal, para que esta seja executada com maior segurança e também com maior desempenho.

Além do que se considera mobilidade articular, incluímos a melhora motora também, como a capacidade de mover-se com maior agilidade, que, além de depender da amplitude de movimento articular e de elasticidade tecidual, depende de capacidades como força e potência, que geram a capacidade contrátil muscular, e o quão rápido isso irá ocorrer. Depende também da coordenação de movimentos, que está relacionada ao conhecimento de cada segmento corpóreo, de sua inter-relação e da relação de cada segmento com o espaço, ou seja, propriocepção, assim como da quantidade de programas motores que o indivíduo possui, decorrentes das experiências motoras vividas e da repetição (treino) de cada gesto motor.

Aumento de Massa Muscular e de Força

A conseqüência direta do aumento de massa muscular é o ganho de força, que acarreta melhoras funcionais e metabólicas, como aumento do metabolismo basal, melhora da distribuição de massa corpórea e da mobilidade, diminuição da obesidade, redução do número de quedas, aumento de confiança, diminuição de esforço ou da carga relativa na execução de tarefas do dia-a-dia, redução da perda de unidades motoras.

Vários trabalhos demonstram ganhos acima de 100% na força máxima. Muitas pessoas têm dificuldade de aceitar esses ganhos por compará-lo ao valor absoluto de força de um adulto jovem. Quando tomando por ponto de partida o nível de força de muitos idosos, os valores são muito menores e, por isso, torna-se possível obter tais resultados. Outro fator que se alia à obtenção destes valores é o fato de que o idoso em geral apresenta menor atividade motora que o adulto jovem, contribuindo para o ganho de força elementos como a melhora de coordenação e a facilidade em recrutar unidades motoras.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Vários trabalhos demonstram não só a diferença de perdas de massa muscular em diferentes segmentos corpóreos como também entre idosos treinados e não treinados como também as diferenças entre tipos de treinos. Os idosos treinados mantêm mais massa magra que os não treinados, principalmente aqueles que realizam exercícios resistidos. Como adendo, devemos alertar que muitas vezes, por motivos de má-interpretação de traduções, toma-se exercício resistido como exercício de resistência, com alusão à resistência muscular localizada. O correto é exercício com uso de cargas, ou seja, resistência ao movimento com uso de pesos, caneleiras, equipamentos de musculação. Quando a referência se faz á resistência muscular localizada, normalmente usa-se *endurance*.

Nos idosos sedentários, a maior perda se dá em membros inferiores, principalmente em extensores de joelho (quadríceps), pois geralmente o idoso sedentário passa muito de seu tempo sentado ou deitado, mas permanece realizando tarefas com os membros superiores, como alimentar-se, vestir-se realizar tarefas domésticas como o preparo de alimentos. Soma-se a isto o fato da musculatura extensora de joelhos ter unidades motoras muito grandes — assim, para cada célula nervosa perdida, perde-se muitas fibras musculares.

A perda de força em membros inferiores acarreta a diminuição da condição de outras atividades funcionais, tais como: velocidade e capacidade de marcha, manutenção do equilíbrio, levantar-se de cadeiras, sofás e do próprio leito, o que leva a um ciclo vicioso de diminuição constante de atividades, de massa muscular e de força e de função.

A força muscular em mulheres idosas decresce principalmente após oito semanas de interrupção de um programa de exercícios com pesos livres, segundo Matsudo e col.[16].

Aqueles que praticam ou passam a praticar atividade física com trabalho de desenvolvimento de força apresentam melhora significativa, porém a interrupção deste trabalho tem como conseqüência a perda, também significativa, da força muscular. Deve-se então estimular não apenas a adesão a um programa de atividade física, mas a sua manutenção.

A carga a que os músculos podem ser expostos deve situar-se entre 60% a 100% de uma repetição máxima (1 RM). Uma RM pode ser definida como a carga máxima sustentada até a fadiga de um grupo muscular durante uma contração.

Partindo de dados obtidos no estudo de Framingham, nota-se que 40% das mulheres com idade entre 55 e 64 anos, 45% entre 65 e 74 anos e 65% das que possuem 75 anos são incapazes para erguer 4,5kg. Há, além disso, uma redução acentuada na força muscular entre os 50 e 70 anos, de até 30%. A atrofia ocorre principalmente sobre as fibras musculares do tipo II e após os 70 anos a perda é mais dramática. Estudos longitudinais demonstram que há entre a sexta e sétima décadas um declínio de 15% e nas décadas subseqüentes 30%. Há um declínio na independência do indivíduo com a diminuição da força muscular de membros inferiores levando a maior risco de quedas e maior probabilidade de instabilidade ou imobilidade. Há também uma redução de 2% a 3% de massa muscular em indivíduos sedentários por ano.

Evans e col.[6], em seu programa de treinamento para extensores e flexores de joelho com carga de 80% de 1RM com freqüência de três vezes por semana em idosos de 60 a 72 anos, conseguiram um ganho de 227% na força dos flexores e 107% nos extensores. Houve um acréscimo em 27,5% das fibras tipo II. Em idosos fragilizados, internados em instituições asilares com média de idade de 90 ± 3 anos, variando entre 87 e 96 anos, após oito semanas de treinamento, a força muscular foi acrescida em 180% e o ganho em volume foi de 11%.

A efetividade do programa inclui vários fatores: freqüência, intensidade de treinamento (sessões X repetições X resistência), modo de treinamento (carga livre X aumento na resistência), dinâmicos X isométricos e contrações excêntricas X concêntricas.

Recomenda-se prescrever três sessões com oito a 12 repetições realizados três vezes por semana com duração de, no mínimo, quatro a 20 semanas, com aumento progressivo na resistência, dinâmicos, com torque isométrico e duração de 60 ou mais minutos, respeitando-se o aquecimento prévio. Nas primeiras sessões deve-se aplicar carga em torno de 30% a 40% de 1RM para membros superiores e 50% a 60% para membros inferiores. Em cada repetição deve-se estimular dois a três segundos nas contrações concêntricas e quatro a seis segundos nas excêntricas com baixos pesos (128). Pode-se aumentar a carga em 5% progressivamente ou acompanhando o aumento de peso através do índice de autopercepção para o esforço de Borg (IPE de Borg). O praticante deve referir uma pontuação em torno de 12 a 13 pontos nas sessões iniciais; com o passar do tempo o paciente deve atingir 15 a 16 pontos do IPE de Borg, conseguindo assim

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

uma carga moderada de exercícios. Aos mais fragilizados poderemos prescrever acréscimos a cada duas a quatro semanas (128), mantendo-os com a escala de auto-percepção de Borg sempre igual ou inferior a 15. Deve haver uma equiparação entre exercícios de força e equilíbrio na ordem de 50% para cada, ou a divisão de no mínimo 60% de exercícios aeróbicos para 40% de flexibilidade e força.Todos os equipamentos utilizados devem obedecer a uma ergonomia protegendo o individuo de lesões e acidentes (Tabela 63.9). Em três a quatro meses de treinamento pode-se atingir o dobro da força, às vezes, até o triplo da força prévia do idoso.

Equilíbrio

Cada vez que se movimenta um segmento corpóreo, oferece-se um estímulo proprioceptivo, ou seja, estimula-se o conjunto de receptores articulares, capsulares, miotendíneos, táteis, assim como a área correspondente de representação cortical, dando referência ao indivíduo sobre quantidade e qualidade de movimento o que permite, com a repetição/treino, que se torne mais fácil a atividade, com melhor desempenho e menor gasto energético. Estas alterações induzem a melhores desempenhos de capacidades como força e potência, devido ao melhor recrutamento de unidades motoras, menor fadiga por uso otimizado de grupos musculares e melhor desempenho em algumas habilidades como gestos esportivos e mesmo o ato de equilibrar-se.

O equilíbrio pressupõe a capacidade de manter a projeção do centro de massa dentro da área da base, que, no ser vivo, inclui a capacidade de repetir esta mesma atividade entre segmentos do corpo e não apenas do somatório das massas e da capacidade de acionar a musculatura, freando, acelerando ou estabilizando cada segmento corpóreo para manter ou recuperar o equilíbrio. Deve-se lembrar que atividade física pressupõe movimento, com exceção da isometria e, assim sendo, ocasiona mudanças de posição de cada segmento corpóreo em relação aos demais e em relação ao ambiente. O indivíduo deve estar apto a controlar a contração muscular para que não ocorram quedas. Para a manutenção do equilíbrio em pé o sistema nervoso central faz uso de algumas estratégias que variam conforme a intensidade dos distúrbios apresentados. Estas estratégias são: estratégia de tornozelo, estratégia de quadril e estratégia do passo. Cada uma delas ou sua combinação, pode ser utilizada em resposta a um distúrbio externo, como ajuste antecipatório, na prevenção de um desequilíbrio; durante a marcha ou durante uma mudança intencional do centro de gravidade.

A estratégia de tornozelo é relatada como a primeira resposta identificada para tentar restabelecer a projeção do centro de gravidade para dentro da base

Tabela 63.9 Guias e Recomendações para Exercícios de Força e Resistência Muscular

	Sessões, RM	*N° de Exercícios*	*Freqüência*
Adultos Sedentários			
ACMS Guidelines, 1998	1 sessão; 8-12 RM	8-10	2 dias/sem. no mínimo
Surgeon General's Report, 1996	1-2 sessões; 8-12 RM	8-10	2 dias/sem.
Pessoas Idosas			
Pollock e col.	1 sessão,10-15 sessões	8-10	2 dias/sem. no mínimo
Pacientes Cardíacos			
AHA, 1995	1 sessão;10-15 sessões	8-10	2 -3 dias/sem.
AACVPR Guidelines, 1995	1 sessão;12-15 sessões	8-10	2 - 3 dias/sem.

AHA = American Heart Association; AACVPR = American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation e ACSM = American College of Sports Medicine, 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de sustentação. É deflagrada por um desequilíbrio de pequena magnitude no sentido ântero-posterior do centro de gravidade que gera um padrão de resposta muscular no sentido caudo-cranial, iniciando-se pelo tornozelo.

Quando ocorre um desequilíbrio anterior, a ativação muscular inicia-se no gastrocnêmio, seguida da ativação dos isquiotibiais e finalmente pela ativação dos músculos paravertebrais. A ativação do gastrocnêmio produz um torque de flexão plantar que reverte o desequilíbrio anterior. A ativação dos isquiotibiais e paravertebrais mantém o quadril e os joelhos numa posição estendida. Sem a ativação sinérgica dos isquiotibiais e paravertebrais o efeito do gastrocnêmio levaria a um deslocamento anterior do tronco relativo a extremidade inferior.

Quando ocorre um deslocamento no sentido posterior, a ativação inicia-se pelo tibial anterior, seguida pela ativação do quadríceps e dos abdominais. A estratégia de quadril é relatada como a segunda resposta identificada para tentar restabelecer a projeção do centro de gravidade para dentro da base de sustentação. Esta estratégia é deflagrada por um desequilíbrio de magnitude maior e mais rápido que aquele que deflagraria o uso da estratégia de tornozelo. Este desequilíbrio no sentido ântero-posterior do centro de gravidade gera um padrão de resposta muscular no sentido crânio-caudal, resposta esta que se faz de forma rápida e acentuada na articulação do quadril com um momento de rotação contrário ao do tornozelo. Para um desequilíbrio anterior, a resposta surge cerca de 90 a 100ms após com a ativação da musculatura abdominal, seguida da ativação do quadríceps, enquanto que para um desequilíbrio posterior a resposta se dá primeiro em paravertebrais, seguida da ativação dos isquiotibiais. A estratégia do passo, ao contrario das duas anteriores, através da qual há tentativa de recolocar a projeção do centro de gravidade na área da base, como é realizada após um distúrbio de maior magnitude, responde com a mudança da base, seja na forma de um passo ou de saltitos. Para que todo este sistema funcione deve haver integridade desde os proprioceptores até os efetores (musculatura esquelética). As estratégias ainda dependem de vivências anteriores e do treinamento, ou seja, para boa manutenção do equilíbrio são necessários: a identificação do distúrbio do equilíbrio em quantidade e qualidade, a força da musculatura envolvida na recuperação do equilíbrio e a repetição de tarefas que exijam a recuperação ou manutenção do equilíbrio a fim de otimizar a estratégia empregada.

Alguns trabalhos com idosos praticando tai chi chuan demonstram melhora em vários aspectos como força, diminuição de tecido adiposo e melhora de equilíbrio. Os elementos que podem propiciar esta melhora vão da execução do tai chi chuan sobre os membros inferiores, na transferência de peso entre estes, mantidos sempre em uma flexão parcial, o que obriga contração a todo instante, e na vivência da mudança da posição do centro de gravidade em relação á área da base, com movimentos de membros superiores e tronco associados às transferências de peso.

A agilidade não está presente em muitos trabalhos, pois vai contra algumas recomendações da execução de movimentos suaves, porém leva em conta a recuperação de equilíbrio em situações como evitar uma queda, mudar rapidamente de direção, desviar rapidamente de algum objeto ou mesmo aparar a sua queda ou de algum objeto. Normalmente podem-se estimular estas atividades em exercícios com bola, como jogos adaptados do tipo “queimado” ou com esportes propriamente ditos, como o vôlei, o basquete ou ainda o ato de mover-se entre cones ou obstáculos.

Como princípios a serem considerados em todas ocasiões pode-se considerar: a importância da individualidade de cada idoso; o respeito às amplitudes de movimento de cada articulação; a restrição a atividades anaeróbias muito prolongadas, a fim de evitar o acúmulo de ácido lático que pode levar a lesões teciduais; os cuidados com a isometria e a manobra de Valsalva, que podem levar a aumentos de pressão arterial. Deve-se levantar em consideração também os movimentos bruscos, que podem causar quedas ou lesões; os exercícios de alta intensidade, que podem gerar desconforto, diminuindo a aderência à atividade física até a quedas ou outras intercorrências; os exercícios com dor, que em geral estão associados à lesões ou à intensidade inadequada do exercício.

Adesão à Atividade Física

São variados os benefícios da atividade física, assim como variadas são as formas de praticá-la, porém apesar do conhecimento por parte dos profissionais de saúde desta necessidade de prática de atividade física e da disseminação destas informações das mais variadas formas, existe ainda a dificuldade de adesão à prática de atividade física por parte da população idosa, seja por desinformação ou por descrença nas informações as quais têm contato; pela incapacidade de chegar a locais que ofereçam atividade física ou

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

por desconhecimento destes locais; ou ainda por não perceber o surgimento das perdas funcionais ou simplesmente por tê-las como normais ou ainda por considerar as opções de atividades físicas inadequadas a seu perfil às suas necessidades ou às suas limitações. Existem ainda as pessoas que não gostam de atividade física, que dizem não ter tempo, que sentem desconforto ou medo de sofrer lesões, as pessoas que já se habituaram anão fazer atividade física; aquelas que tem dificuldades de relacionar-se com outras pessoas; mas há também fatores externos ao indivíduo e que podem vir do próprio profissional de saúde como a exigência de calçados e roupas muito caros e exames de difícil acesso. É lógico que se pudermos submeter o idoso a exames que nos cerquem de maior segurança na prática de atividade física, nós devemos fazê-lo, porém, num programa da atividade física baseado em atividades que o idoso desempenha no seu dia-a-dia, como caminhadas, sentar e levantar de uma cadeira, subir um lance de escada ou manipular cargas com pesos semelhantes ao de objetos de uso do dia-a-dia como garrafas e utensílios, não devemos deixar que a impossibilidade de realização de alguns exames seja um favor de proibição da atividade física, salvo quando a história clínica deste idoso sugere a existência de alguma doença que possa oferecer perigo à prática segura de exercícios. O mesmo pode ser dito a respeito da vestimenta, que deve permitir troca de temperatura, absorver o suor e ser confortável, bem como um calçado também confortável para a prática esportiva, sem precisar de nada especial, exceto pelas necessidades específicas do indivíduo ou da modalidade praticada.

A atividade escolhida deve, então, ser prazerosa para quem a pratica, de fácil acesso e execução e oferecer o estímulo das capacidades físicas necessárias à manutenção ou melhora funcional e de saúde do idoso.

Referências Bibliográficas

1. Bauman A, Smith BJ. Healthy aging: what role can physical activity play? Med Journal Australian; 2000; 173 (6): 88.
2. Borg GA. The scale for rating perceived exertion. Med Sci Sports Exerc; 1982; 14: 377.
3. Damush TM, Stewart AL et al. Prevalence and correlates of physician recommendations to older adults to exercise. Ann Behav Med; 1998; 20 (S): 194
4. Eakin EG, Glasgow RE. Recruitment of manage care medicare patients for a physical active study. Am J Health Promo; 1997; 12: 98.
5. Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care based physical activity intervention studies. J Pract; 2000; 49: 158.
6. Evans WJ et al. Exercise training guideline for the elderly. Med Sci Sports Exerc; 1999; 31 (1):12.
7. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. N Engl J Med; 1994; 330: 1769.
8. Fletcher MD, Chair GB et al. Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. American Heart Association/ Scientific Statement AHA; 2000; 102: 1069.
9. Ghorayeb N, Barros T. O exercício-preparação fisiológica, avaliação médica. Aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu; 1999.
10. Goodpaster BH, Carson CL, Visser M et al. The attenuation of skeletal muscle and stregth in the elderly: The health ABC study. J Appl Physiol; 2001; 90: 2157.
11. Gunnarsson OT, Judge JO. Exercise at midlife: How and why to prescribe it for sedentary patients. Geriatrics; 1997; 52 (5): 71.
12. Hu F B; Stampher MJ, Colditz GA et al. The nurses' health study. Jama; 2000; 283: 2961.
13. Karlsson MK, Linden C et al. Exercise during growth and bone mineral density and fracture in old age. Lancet; 2000; 355 (5): 469.
14. Lavie CJ, Milani RV. Cardiovascular disease in the elderly. Cardiology Clinics; 1999; 17 (1): 233-43.
15. Lee IM., Sesso HD. e Paffenbarger RS. Physical activity and coronary heart disease risk in men. Circulation; 2000; 102: 981.
16. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. Rev Bras Atividade Física e Saúde; 2000; 5: 60-76.
17. Mazzeo RS, Cavanagh P et al. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc;1998; 30 (6): 992.
18. Messier SP, Royer TD, Craven TE et al. Long-term exercise and its effect on balance in older, osteoarthritic adults: results from the fitness, arthritis and seniors trial (FAST). J Am Geriatr Soc; 2000; 48: 131.
19. Morey MC, Pieper CF, Sullivan RJ et al. Five year performance trends for older exercisers: a hierarchical model of endurance, strength and flexibility. J Am Geriatr Soc; 1996; 44: 1226.
20. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA; 1998; 280: 2001.
21. Pescatello LS; Murphy D. Lower intensity physical activity is advantageous for fat distribution and blood glucose among viscerally obese older adults. Med Sci Sports Exerc; 1998; 30 (9): 1408.
22. Pontes RHP. Atividade de lazer e exercício físico entre os idosos do distrito de São Paulo. Tese de mestrado. São Paulo: Unifesp; 1994.
23. Pratley RE; Hagberg JM et al. Aerobic exercise training induced reductions in abdominal fat and glucose-stimulated insulin responses in older men. J Am Geriatr Soc; 2000; 48: 1055.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

24. Rego C, Ribeiro JC, Duarte JA, Motta J. Physical activity in the elderly. Rev Saúde Pública S Paulo; 1990; 24(4): 277.
25. Rejeski WJ, Brawley LR et al. Compliance to exercise therapy in older participants with knee osteoarthritis: implications for treating disability. Med Sci Sports Exerc; 1997; 29 (8): 977.
26. Reuter I, Engelhardt KS, Stecker K et al. Therapeutic value of exercise training in Parkinson's disease. Med Sci Sports Exerc; 1999; 31 (11): 1544 .
27. Robertson MC, Campbell AJ, Gardener MM et al. Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. J Am Geriatr Soc; 2002; 50 : 905.
28. Salem GJ; Wang M et al. Knee strength and lower and higher intensity functional performance in older adults. Med Sci Sports Exerc; 2000; 32 (10): 1679-84.
29. Seals DR, Callister K, Estler M. Influence of age on sympathetic nervous system activity in humans at rest and during stress. Med Sci Sports Exercise; 1993; 25: 175.
30. Shinton R, Sagar G. Lifelong exercise and stroke. BMJ; 1993; 307: 231.
31. Tinetti ME, Baker DI, McAvey G et al. A multifatorial intervention to reduce the risk of falling among elderly in the community. N Engl J Med; 1994; 331: 821.
32. Visser M, Kritchevsky SB, Goodpaster BH et al. Leg muscle and composition in relation to lower extremity performance in men and women aged 70 to 79: the health, aging and body composition study. J Am Geriatr Soc; 2002; 50: 897.
33. Wannamethee SG, Shaper AG et al. Changes in physical activity, mortality and incidence of coronary heart disease in older men. Lancet; 1998; 351: 1603-08.
34. Wolff I, Croonenborg JJ, Kemper HCG et al. The effect of exercise training programs on bone mass. Osteoporosis International; 1999; 9: 1.
35. Wu G. Evaluation of the effectiveness of tai chi for improving balance and preventing falls in the older population — a review. J Am Geriatr Soc; 2002; 50: 74.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

64 Medicina Preventiva no Idoso

Eurico Thomaz de Carvalho Filho

Introdução

Quando comparados os diversos grupos etários, verifica-se que os idosos são aqueles que apresentam maior risco de morbidade e mortalidade.

Os indivíduos idosos são acometidos por alterações determinadas pelo envelhecimento, que afetam todos os órgãos e sistemas, assim como por diversos processos patológicos crônicos e agudos, que freqüentemente estão associados, caracterizando a pluripatologia do idoso.

Tem-se observado que a maioria das causas de morbidade e mortalidade entre os idosos é passível de prevenção. Ao atingir 65 anos, a expectativa média de vida é de aproximadamente 15 anos para os homens e 19 anos para as mulheres. O emprego de medidas preventivas adequadas pode aumentar esse período e fazer com que esses idosos apresentem boa qualidade de vida, atingindo 80 anos ou mais em condições satisfatórias.

A medicina preventiva compreende: a. prevenção primária, ou seja, as medidas para impedir ou retardar o aparecimento de uma condição mórbida; b. prevenção secundária, que procura evitar a progressão de uma afecção já existente; c. prevenção terciária, que procura reduzir o desconforto, a incapacidade e a dependência causados por uma afecção presente, mesmo que a sobrevida não possa ser modificada.

Como a meta da medicina preventiva no idoso é impedir ou minimizar as doenças e as incapacidades que ocorrem na terceira idade, as medidas adequadas devem ser iniciadas precocemente, para serem eficazes, pois os fatores de risco necessitam, geralmente, atuar durante longos períodos antes de causarem efeitos definitivos.

Controle Médico Periódico

O controle médico periódico, a intervalos variáveis, é importante em qualquer faixa etária, porém, durante a terceira idade, é fundamental e deve ser realizado, no máximo, a cada seis meses.

Nesta consulta, além da história clínica minuciosa e do exame físico completo, deve-se investigar o estado cognitivo, a atividade física, os hábitos alimentares, o uso de fumo e álcool, os medicamentos utilizados, o grau de dependência, as condições de moradia e a situação socioeconômica do idoso.

O médico deve estar alerta para eventuais sintomas e sinais de problemas que são mais observados nos idosos, como complicações da aterosclerose, neoplasias, distúrbios cognitivos, depressão, desnutrição e iatrogenia.

Além dos exames subsidiários de rotina e daqueles necessários para o esclarecimento de eventuais patologias apresentadas pelos pacientes, deve-se realizar testes de avaliação mental e investigação urológica ou ginecológica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Atividade Física

A atividade física realizada regularmente evita diversas alterações determinadas pelo envelhecimento e previne várias patologias habituais na terceira idade.

Do ponto de vista psíquico, determina sensação de bem-estar, melhora a autoconfiança, diminui a ansiedade e evita a depressão.

No sistema cardiovascular causa melhora dos parâmetros de avaliação, redução da freqüência cardíaca em repouso e após esforços, assim como redução da pressão arterial. O débito cardíaco tende a diminuir com o envelhecimento, porém a atividade física regular determina sua manutenção ou menor redução.

Em relação ao sistema respiratório, observa-se necessidade de menor ventilação para o mesmo consumo de oxigênio, devido à melhor cinética respiratória, inclusive do diafragma.

Quanto à musculatura esquelética, evidencia-se que a atividade física determina hipertrofia das fibras musculares e aumento da força de contração. Nos ossos, aumenta a densidade, principalmente no sexo feminino.

A manutenção da atividade física também influencia diversos parâmetros metabólicos: aumenta a tolerância à glicose, o nível sérico do HDL-colesterol e a atividade fibrinolítica e reduz o LDL-colesterol e a agregabilidade plaquetária.

O tipo de exercício deve ser adequado às possibilidades, às disponibilidades e às preferências do idoso. Entre os exercícios aeróbios, que são os indicados, caminhar e nadar são os mais apropriados.

Sob o ponto de vista populacional, a caminhada diária durante 40 a 60 minutos é o tipo de exercício mais simples, que pode ser facilmente incorporado à rotina de vida. Não há necessidade de equipamentos dispendiosos e o risco de complicações é mínimo.

Estudo realizado em Gotemburgo, Suécia, em idosos com mais de 70 anos de idade, mostrou que aqueles que caminhavam diariamente, pelo menos 30 minutos, apresentavam melhor capacidade física, maior densidade óssea e menor prevalência de doença coronária em relação aos que caminhavam menos de 30 minutos.

Manutenção da Capacidade Cognitiva

O declínio cognitivo relacionado à idade refere-se às alterações cognitivas, principalmente as relacionadas à memória, que ocorrem com o envelhecimento, em grau insuficiente para interferir com as atividades da vida diária.

Os estudos têm demonstrado que os idosos portadores de declínio cognitivo relacionado à idade apresentam maior probabilidade de desenvolver demência nos próximos anos, porém muitos permanecem estáveis.

A prevalência de demência dobra a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade, atingindo aproximadamente 50% dos indivíduos com mais de 90 anos. Estudos têm evidenciado que além do envelhecimento, também, fatores genéticos, desnutrição e baixo nível de escolaridade, correlacionam-se com o declínio cognitivo. O comprometimento aterosclerótico das artérias cerebrais pode determinar focos de isquemia e de infartos cerebrais, responsáveis por aproximadamente 15% dos casos de demência.

Diversas medidas têm sido tentadas visando a preservação da função cognitiva no envelhecimento.

Exercícios de memorização utilizando recursos mnemônicos e audiovisuais são empregados em diversos centros, com resultados discutíveis. Do ponto de vista prático é importante que o idoso procure manter sua capacidade intelectual, através de atividades culturais e científicas, participando de jogos que envolvam memorização e raciocínio, além de procurar adquirir novos conhecimentos.

Até o momento não há medidas farmacológicas realmente eficientes para a prevenção das alterações cognitivas do idoso. Drogas denominadas nootrópicas, como o piracetam, que teoricamente ativariam o metabolismo cerebral e derivados di-hidrogenados do ergot, como o mesilato de codergocrina, que melhorariam o fluxo sanguíneo cerebral e estimulariam receptores de dopamina e serotonina, não têm mostrado efeito evidente na preservação da memória do indivíduo idoso.

O conceito de que a ação de radicais livres sobre proteínas e lípides cerebrais está associada à doença de Alzheimer, levou ao emprego de drogas anti-oxidantes como o alfa-tocoferol (vitamina E) na dose de 2.000mg diariamente, a selegilina na dose diária inicial de 2,5mg, que pode ser aumentada até 10mg e o Ginkgo biloba na dose diária de 160mg. Apesar de alguns estudos mostrarem progressão mais lenta do quadro, não se observou melhora dos sintomas.

Inúmeras outras drogas têm sido investigadas, a partir de pesquisas sobre vários aspectos da doença

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de Alzheimer. Estrógenos, anti-inflamatórios não hormonais e estatinas têm sido empregados na prevenção dessa afecção, porém os resultados são contraditórios, havendo necessidade de novos estudos para estabelecer o real benefício dessa terapêutica.

As drogas inibidoras da acetil-colinesterase, como donepezil, rivastigmina e galantamina, são indicadas para portadores da doença de Alzheimer, apresentando comprovada efetividade na capacidade cognitiva, evidenciada através de estudos clínicos controlados por placebo. Embora essas drogas não impeçam a progressão da doença, diminuem a velocidade das perdas, sendo o efeito mais evidente nas fases iniciais da afecção.

Manutenção do Estado Nutritivo

Em condições normais, acima dos 65 anos de idade, as necessidades calóricas diárias são de 35 a 40kcal/kg para os homens e de 33 a 36kcal/kg para as mulheres.

Quanto às proteínas, as necessidades diárias são de 0,6g/kg de proteínas de alto valor biológico ou de 0,8g/kg de proteínas mistas, que correspondem aproximadamente a 12% do total calórico da dieta.

As gorduras possuem um conteúdo energético, por grama, duas vezes maior que os hidratos de carbono e as proteínas, além de conterem relativamente poucos nutrientes essenciais, como as vitaminas lipossolúveis e os ácidos linoleico e aracdônico. A percentagem de calorias da dieta, provenientes das gorduras, deve variar entre 30% e 35%, preferindo-se as gorduras insaturadas encontradas principalmente nos vegetais e peixes.

Os hidratos de carbono devem corresponder a aproximadamente 50% a 55% do valor calórico total da dieta, devendo-se dar preferência aos alimentos que contenham carboidratos complexos e fibras, como arroz integral, feijão, lentilhas, frutas e legumes, ricos em vitaminas e sais minerais.

Quando o idoso recebe uma dieta balanceada, com os componentes citados, a ingestão de oligoelementos, como cálcio, magnésio, cobre, selênio, ferro, cobalto e de vitaminas, inclusive das denominadas anti-oxidantes (betacaroteno, vitaminas A, C e E) é suficiente para as necessidades orgânicas.

Em certas condições patológicas, devem ser tomadas medidas dietéticas específicas, como restrição de sal na hipertensão arterial e insuficiência cardíaca, restrição de hidratos de carbono em diabéticos e de gorduras na hipercolesterolemia. No entanto, as restrições dietéticas no idoso devem ser cautelosas, a fim de não afetar o estado nutricional do paciente.

Quando a ingestão alimentar é deficiente ou em presença de processos espoliativos e consumptivos, a suplementação calórico-proteica, de vitaminas e de oligoelementos está indicada.

Controle do Alcoolismo

O alcoolismo é relativamente freqüente na população idosa, afetando aproximadamente 5% dos indivíduos que vivem na comunidade e 28% a 44% dos idosos admitidos em instituições psiquiátricas. Entre os fatores que tendem a incrementar o alcoolismo entre os idosos, temos a aposentadoria, o sedentarismo, as doenças crônicas, as perdas familiares e sócio-econômicas.

No idoso, o alcoolismo muitas vezes não é diagnosticado e passa despercebido, sendo as manifestações confundidas com aquelas determinadas pelo envelhecimento. Sonolência, insônia, depressão, comprometimento cognitivo, diarréia, emagrecimento e tendência a quedas são algumas das manifestações observadas e tendem a regredir com a cessação da ingestão alcoólica.

O idoso é mais sensível aos efeitos do álcool, em relação ao jovem, havendo nos alcoólatras crônicos idosos, maior probabilidade de encefalopatia, neuropatia periférica, hepatopatia e cardiopatia.

Para o controle do alcoolismo no idoso, é importante que, além do atendimento clínico-psiquiátrico, o paciente conte com apoio multidisciplinar, principalmente de psicólogo e assistente social, assim como com a compreensão e o auxílio de familiares e cuidadores.

Controle do Tabagismo

O tabagismo é fator de risco para várias afecções, principalmente pulmonares, neoplásicas, vasculares e digestivas. As alterações causadas pelo hábito de fumar são proporcionais ao número de cigarros consumidos, à duração do hábito e à idade do início do consumo.

Mais de 80% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar relacionam-se ao tabagismo. Ele também é fator causal de 90% das neoplasias de pulmão e de 25% a 30% de todas as neoplasias. Entre estas, destacam-se as de boca, laringe, tubo digestivo, bexiga, rins, pâncreas e mama.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em relação à doença aterosclerótica, verifica-se que o hábito de fumar está associado a 40% das doenças coronarianas, 25% das cérebro-vasculares e é o principal fator de desencadeamento da doença arterial periférica.

A cessação do tabagismo está indicada e é benéfica em todas as faixas etárias. Ela determina, a curto prazo, melhora do quadro pulmonar e a longo prazo, redução da progressão da aterosclerose e do risco de neoplasias.

Para o abandono do tabagismo utiliza-se terapêutica comportamental ou de suporte e a terapêutica farmacológica. O acompanhamento psicológico individual ou em grupo pode ser útil para alguns doentes. As medicações, como a nicotina sob várias formas (adesivo, goma de mascar, *spray* nasal, inalador) e o cloridrato de bupropiona, podem ser empregadas sob acompanhamento médico.

Os métodos de terapêutica farmacológica têm se mostrado eficaz em relação ao placebo, sendo que a combinação da nicotina e da bupropiona apresenta melhor resultado que o tratamento isolado com cada uma das drogas.

Prevenção das Afecções mais Freqüentes nos Idosos

As afecções que determinam maior morbidade e mortalidade na população idosa são as cárdio e cerebrovasculares, as neoplasias, as infecções e os problemas músculoesqueléticos.

As medidas preventivas contra essas patologias têm sido propostas e analisadas por diversas entidades, entre as quais se sobressaem a Canadian Task Force on the Periodic Health Examination e o US Preventive Services Task Force.

Prevenção da Aterosclerose

Múltiplos fatores contribuem para a degeneração da parede arterial, sendo evidente que a intensidade e a duração das agressões determinam a gravidade das alterações.

Aproximadamente metade do total de óbitos é decorrente de complicações da aterosclerose, principalmente em territórios cardíaco e cerebral, verificando-se que a prevalência dessas afecções aumenta acentuadamente com o progredir da idade.

Nas últimas décadas, diversos estudos têm demonstrado que medidas preventivas relacionadas ao controle dos fatores de risco de aterosclerose reduzem a incidência de suas complicações.

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é considerada uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade em idosos, tanto pela sua elevada prevalência como pelas complicações que determina. Em indivíduos idosos ela ocorre em aproximadamente 60% dos homens e 70% das mulheres afetando principalmente indivíduos da raça negra.

Considera-se hipertenso o indivíduo com níveis pressóricos acima de 140 x 90mmHg, porém acima dos 75 anos são considerados aceitáveis níveis abaixo de 160 x 95mmHg.

Tanto a hipertensão arterial sistólica como a diastólica constituem-se em fatores de risco de aterosclerose, determinando comprometimento principalmente em territórios cerebral, coronário, renal e retiniano.

Os benefícios da terapêutica anti-hipertensiva no idoso têm sido evidenciados por diversos estudos controlados que mostraram redução das complicações cárdio e cérebro-vasculares entre os pacientes adequadamente tratados.

Controle das Dislipidemias

A análise do comportamento do perfil lipídico nas diversas faixas etárias evidenciou que, no envelhecimento, em ambos os sexos, ocorrem redução do HDL-colesterol e aumento do colesterol total, LDL-colesterol e triglicérides.

As normas para tratamento das dislipidemias foram definidas pelo National Cholesterol Education Program e em nosso meio pelas III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias, sendo consideradas válidas para ambos os sexos em qualquer faixa etária. Essas normas recomendam que o LDL-colesterol seja a principal meta de intervenção, sendo os níveis ideais na prevenção primária, LDL-colesterol baixo de 160mg/dL na presença de até um fator de risco e LDL-colesterol abaixo de 130mg/dL na presença de dois ou mais fatores de risco, enquanto na prevenção secundária os níveis ideais de LDL-colesterol seriam menores ou iguais a 100mg/dL. Como outras metas temos HDL-colesterol acima de 40mg/dL e triglicérides acima de 200mg/dL.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Poucos estudos têm analisado adequadamente o resultado do tratamento das dislipidemias em idosos. No Scandinavian Sinvastatin Survival Study Group (4S) observou-se redução de 25% da morbidade e mortalidade cardiovasculares em indivíduos com 65 a 70 anos que foram tratados durante cinco anos com sinvastatina, em relação aos que receberam placebo. Uma metanálise de estudos com pravastatina mostrou resultado similar em pacientes de ambos os sexos com mais de 65 anos de idade, com e sem infarto do miocárdio pregresso.

Atualmente, há poucos e inconclusivos dados sobre a necessidade de tratamento de dislipidemia em indivíduos assintomáticos com idade superior a 75 anos, sendo que o Canadian Task Force e o American College of Physicians não indicam investigação nesses idosos. Ela também não estaria indicada em indivíduos portadores de afecções crônicas e debilitantes, como neoplasias e demência.

Controle da Hiperglicemia

No ambulatório do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, o diagnóstico de *diabetes mellitus* foi realizado em 20,4% dos homens e 19% das mulheres.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes considera-se diabético o indivíduo que, em jejum, apresenta glicemia maior ou igual a 126mg/dL ou duas horas após ingestão de 75g de glicose, apresenta glicemia maior que 200mg/dL

No estudo de Framingham, o risco de mortalidade por doença cardiovascular foi 1,7 vez maior nos homens portadores de *diabetes mellitus* e 3,3 vezes maior nas mulheres em relação aos não diabéticos.

Quanto ao risco de acidente vascular cerebral, o estudo de Framingham evidenciou risco 2,5 vezes maior em diabéticos idosos e 3,7 vezes maior em diabéticas idosas em relação aos não portadores de *diabetes mellitus*.

A grande incidência de doenças vasculares nos diabéticos, deve-se, além da hiperglicemia, à freqüente associação com hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia, ao aumento dos fatores de coagulação e da agregação plaquetária, à redução da fibrinólise, à hiperuricemia e à micro-albuminúria, que no conjunto constituem a denominada síndrome plurimetabólica.

Nesses pacientes, além do controle rigoroso da hiperglicemia, deve-se procurar manter a pressão arterial em níveis normais, tratar a dislipidemia e associar drogas anti-agregantes plaquetárias para prevenção primária e secundária de doença vascular. Devido ao fato do idoso utilizar com freqüência drogas que interferem no controle do *diabetes mellitus*, como corticoesteroides, diuréticos e betabloqueadores, especial atenção deve ser dedicada a elas nesses pacientes.

Controle da Obesidade

O diagnóstico de obesidade baseia-se na determinação do índice de massa corpórea (IMC = peso em kg/altura^2 em metro). Este método permite evidenciar a presença e a gravidade da obesidade em ambos os sexos: normal (IMC 20 a 25), sobrepeso (IMC 25 a 30), obesidade (IMC 30 a 40), obesidade mórbida (IMC > 40).

No ambulatório do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, a obesidade esteve presente em 31,6% dos homens e 44% das mulheres.

A relação entre obesidade e complicações da aterosclerose tem sido objeto de controvérsia. Diversos estudos têm sugerido essa associação, porém apenas alguns demonstraram um efeito específico da obesidade como fator de risco, pois ela geralmente associa-se a outros fatores.

Recentemente observou-se que a distribuição abdominal da gordura corpórea seria mais importante que a obesidade. A circunferência da cintura superior a 102cm no homem e a 88cm na mulher caracteriza o depósito de gordura abdominal, correlacionando-se com maior prevalência de complicações da aterosclerose.

Nos idosos obesos, a redução do peso deve ser mais lenta que nos jovens, através de dieta controlada e de atividade física adequada à faixa etária.

Emprego de Anti-agregantes Plaquetários

As drogas anti-agregantes plaquetárias são utilizadas com a finalidade de inibir a formação do trombo arterial, sem interferir significativamente no mecanismo de hemostasia.

Entre essas drogas, a mais empregada é o ácido acetil salicílico, tanto na prevenção primária, como na secundária, na dose diária de 80 a 325mg por via oral .

Diversos estudos que avaliaram o efeito do ácido acetil salicílico sobre a prevenção primária de complicações da aterosclerose não mostraram resultados

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

benéficos em relação ao placebo, não havendo, portanto, indicação para o emprego da droga com essa finalidade. Uma exceção foi observada entre os idosos portadores de *diabetes mellitus*, onde se verificou redução das complicações cardiovasculares nos pacientes submetidos à prevenção primária com ácido acetil salicílico.

Em relação à prevenção secundária, os vários estudos duplo-cegos e com placebo têm demonstrado efeito benéfico em portadores de angina estável e instável, em pacientes com infarto do miocárdio pregresso e após revascularização miocárdica por angioplastia ou cirurgia, o que indica o emprego rotineiro do ácido acetil salicílico nesses pacientes. Esse efeito benéfico também tem sido evidenciado em idosos portadores de insuficiência circulatória cerebral e periférica.

Em pacientes que não toleram ou apresentam contra-indicações ao emprego do ácido acetil salicílico, podem ser utilizadas outras drogas como a ticlopidina na dose de 250mg cada 12 horas ou o clopidogrel na dose diária de 75mg. A associação de ácido acetil salicílico e clopidogrel tem sido utilizada em pacientes que já tomavam um dos anti-agregantes plaquetários e apresentaram processos cárdio ou cerebrovasculares.

Administração de Anti-oxidantes

Diversos estudos têm demonstrado que o LDL-colesterol oxidado é mais aterogênico que o não oxidado, por ser preferencialmente englobado pelos macrófagos. Por outro lado, tem se evidenciado experimentalmente que betacaroteno, vitamina C e vitamina E funcionam como anti-oxidantes, reduzindo a oxidação lipídica.

Através desse mecanismo, os anti-oxidantes poderiam reduzir o risco de complicações da aterosclerose, porém do ponto de vista clínico os resultados não confirmam essa suposição. Em relação à suplementação de betacaroteno e de vitamina C, não foram observados resultados benéficos. Quanto à vitamina E, diversos estudos têm sido realizados, mas com exceção do Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS), os resultados foram inconclusivos.

Baseados nesses resultados, alguns autores indicam com reservas a suplementação de vitamina E para prevenção de complicações da aterosclerose, achando que são necessários novos estudos para esclarecerem melhor as dúvidas e definir a conduta.

Reposição Hormonal na Mulher

Na pós-menopausa, a administração de estrógeno tem diferentes ações que poderiam influenciar o desenvolvimento da aterosclerose. Observa-se redução dos níveis plasmáticos de LDL-colesterol, elevação do HDL-colesterol e dos triglicérides, redução da lipoproteína (a), redução da agregação plaquetária, diminuição do fibrinogênio, redução da produção de endotelina e inibição da oxidação do LDL-colesterol.

Estudos iniciais de prevenção primária evidenciaram que a reposição hormonal associou-se à redução do risco cardiovascular, porém com maior risco de neoplasias de útero e mama, de tromboembolismo venoso e de litíase vesicular. Recentemente, no Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial, 16.608 mulheres com 50 a 75 anos e útero intacto, após 5,2 anos em média, sob terapêutica com estrógeno e progesterona, apresentaram em relação às pacientes que receberam placebo, maior prevalência de neoplasia de mama, doença coronária, acidente vascular cerebral e tromboembolismo, o que determinou a suspensão do estudo, inicialmente previsto para 8,5 anos.

Em mulheres na pós-menopausa com doença coronária comprovada, a prevenção secundária com terapêutica estrogênica não evidenciou, em relação ao placebo, redução na prevalência de complicações da aterosclerose e por outro lado, determinou aumento na prevalência de complicações tromboembólicas venosas e de litíase vesicular.

Em vista desses estudos, não há indicação para o emprego da terapêutica de reposição hormonal em mulheres na pós-menopausa, visando a prevenção primária ou secundária de complicações da aterosclerose.

Prevenção e Diagnóstico Precoce de Neoplasias

Atualmente as neoplasias constituem-se na segunda maior causa de mortalidade em todo o mundo. Mais de 50% das neoplasias e aproximadamente 60% das mortes por câncer ocorrem nos indivíduos com mais de 65 anos de idade. Aos 25 anos, a probabilidade de desenvolver câncer em cinco anos é de 1:700, enquanto aos 65 anos é de 1:14.

Controle dos Fatores de Risco de Neoplasias

Dados epidemiológicos têm demonstrado que diversas formas de câncer podem ser retardadas ou mesmo evitadas com medidas preventivas adequadas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A exposição excessiva à luz solar está relacionada à maior incidência de neoplasias cutâneas, principalmente em indivíduos de pele clara. Deve-se, portanto, evitar essa exposição, utilizar cremes protetores e particularmente impedir a ocorrência de queimaduras por exposição ao sol.

O tabagismo é responsável por 25% a 30% de todas as neoplasias e se constitui atualmente no principal agente carcinogênico. Em todo programa de controle de câncer, em qualquer faixa etária, é fundamental o controle do tabagismo, pois é provável que essa conduta seja a mais importante na redução da incidência e mortalidade por câncer.

Várias evidências têm mostrado a importância do tipo de dieta na incidência de neoplasias. A ingestão excessiva de gordura saturada tem sido associada a maior risco de câncer colorretal e talvez da próstata. Consumo elevado de frutas, legumes e verduras relaciona-se a menor risco de neoplasia em laringe, pulmão, esôfago, estômago, bexiga, cólon e reto. Diversos componentes da dieta têm sido relacionados a essa proteção, entre os quais fibras, selênio, carotenóides e vitaminas A, C e E.

O emprego de doses suplementares de anti-oxidantes tem sido motivo de estudo e discussão. Em relação ao betacaroteno e/ou vitamina A, estudos com placebo não evidenciaram benefício quanto à incidência de neoplasia de mama, pulmão, próstata, cólon e reto. Doses suplementares de vitamina C também não mostraram efeito superior ao placebo na prevenção de neoplasia de mama, pulmão, cólon e reto. Quanto à vitamina E, estudo realizado na China evidenciou que sua administração reduziu a incidência de neoplasias gástrica e esofágica, porém, outros estudos não evidenciaram redução de incidência de neoplasia de pulmão, cólon e mama.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Pele

A neoplasia de pele é a mais freqüentemente diagnosticada, sendo responsável por 1,7% das mortes por câncer.

Os três tipos mais freqüentes de neoplasia cutânea são: epitelioma basocelular, carcinoma espinocelular e melanona maligno. Todos estão relacionados com a ação cumulativa da radiação solar, mas também têm influência as características raciais, pois os indivíduos de pele clara são mais susceptíveis.

Além do auto-exame recomenda-se, após os 40 anos, exame pormenorizado da pele durante a avaliação clínica, devendo toda lesão suspeita ser biopsiada e submetida a exame anatomopatológico.

Entre os tumores de pele, o de prognóstico mais grave é o melanoma que é passível de diagnóstico precoce, possibilitando a sua extirpação e o aumento da sobrevida.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama

O câncer de mama é o mais prevalente nas mulheres, correspondendo a 30% das neoplasias e sua incidência e mortalidade aumentam com a idade.

Os métodos para detecção do câncer de mama são: auto-exame, exame clínico e mamografia. O auto-exame apresenta baixa sensibilidade, principalmente em idosas, porém pela facilidade de realização deve ser executado com freqüência. O exame clínico tem baixa sensibilidade para pequenas lesões, porém permite o diagnóstico em 60% a 80% dos casos. A mamografia é o melhor método, apresentando sensibilidade de 90% inclusive nas mulheres idosas.

A realização do auto-exame mensalmente e do exame clínico e mamografia anualmente, a partir dos 40 anos de idade, possibilitaram um decréscimo de aproximadamente 40% na mortalidade por câncer de mama.

O benefício obtido com a realização anual da mamografia é menos evidente após os 70 anos de idade. A American Geriatrics Society propõe que após essa idade seja realizada mamografia cada dois a três anos, desde que as condições gerais de saúde e a expectativa de vida sejam boas.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Colo de Útero

A realização rotineira do teste de Papanicolaou fez com que o câncer de colo de útero deixasse de ser, nos Estados Unidos da América, a principal causa de morte por câncer na mulher, situando-se atualmente em oitavo lugar.

Apesar da incidência do câncer de colo de útero ter seu ápice entre 35 e 45 anos, cerca de 25% das formas invasivas são detectadas após os 65 anos de idade.

A American Cancer Society e o American College of Obstetricians recomendam exame ginecológico e teste de Papanicolaou anualmente para todas as mulheres sexualmente ativas ou que tenham atingido os

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

18 anos de idade. Após os 65 anos pode-se espaçar o controle periódico para dois anos, pois o risco de aparecimento do câncer é menor e sua evolução mais lenta.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Próstata

O câncer de próstata corresponde a 32% de todas as neoplasias no homem e determina 14% das mortes relacionadas ao câncer.

A American Cancer Society recomenda que após os 50 anos todos os homens sejam submetidos anualmente ao toque retal e à determinação do antígeno prostático específico no plasma. A ultrassonografia transretal é empregada para confirmar alterações observadas nos exames prévios.

Níveis de antígeno prostático específico entre 4ng/mL e 10ng/mL, devem ser analisados com cautela pois, podem ser decorrentes de hipertrofia benigna da próstata, prostatite ou neoplasia. Nesses casos, a relação entre a fração livre e o total do antígeno pode ser útil, pois valores inferiores a 0,15 são sugestivos de neoplasia e superiores a 0,15, sugestivos de hipertrofia benigna.

Em indivíduos com mais de 80 anos de idade, há dúvida quanto ao benefício do diagnóstico precoce do câncer de próstata, devido à sua evolução lenta nessa idade. Uma conduta prudente seria proceder-se aos exames anualmente em todos os homens com provável expectativa de vida superior a dez anos.

Diagnóstico Precoce do Câncer Colorretal

O câncer colorretal constitui-se na terceira mais freqüente causa de neoplasia, sendo responsável pela segunda maior taxa de mortalidade. Incide igualmente em ambos os sexos e sua prevalência aumenta com a idade, atingindo seu nível mais elevado entre os 70 e 80 anos.

Para detecção precoce da neoplasia colorretal são utilizados a pesquisa de sangue oculto nas fezes, o toque retal, a sigmoidoscopia e a colonoscopia. Com o progredir da idade, a neoplasia colorretal torna-se mais freqüente no hemi-colon direito, onde chega a ser observada em mais de 40% dos casos. Por esse motivo, a visualização direta pela colonoscopia é o modo mais efetivo de detectar o câncer colorretal, porém o exame é desconfortável e dispendioso.

A American Cancer Society recomenda que, a partir dos 50 anos de idade, seja realizada anualmente a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a cada dez anos, a colonoscopia. Os indivíduos com história familiar de neoplasia colorretal e aqueles com antecedente de pólipos, devem realizar a colonoscopia cada dois a três anos. Indivíduos com idade superior a 80 anos ou com limitada expectativa de sobrevida, se assintomáticos, não têm indicação de investigação, especialmente se apresentam exames negativos anteriores.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Pulmão

O carcinoma de pulmão é a principal causa de óbito por câncer em todo o mundo, sendo responsável por 28% de todos os óbitos causados por câncer nos Estados Unidos.

Para o diagnóstico precoce, têm sido utilizados o exame citológico do escarro e o estudo radiológico do tórax. No entanto, os estudos realizados empregando esses métodos diagnósticos, não evidenciaram melhora quanto à evolução e mortalidade.

Embora a American Cancer Society não recomende oficialmente essa investigação, indivíduos idosos fumantes poderiam beneficiar-se com a realização anual desses exames.

Estudos recentes, utilizando a tomografia computadorizada helicoidal, têm permitido detecção e análise de nódulos com até 3mm de diâmetro, possibilitando o diagnóstico precoce e a ressecção completa do tumor. É necessário, porém, avaliar o resultado, a longo prazo, do emprego desse método diagnóstico.

Prevenção da Osteoporose

São fatores de risco de osteoporose: idade avançada, sexo feminino, raça branca, baixo índice de massa corpórea, vida sedentária, baixa ingestão de cálcio, tabagismo, alcoolismo, deficiência estrogênica na mulher e deficiência de testosterona no homem. Algumas doenças como hiperparatireoidismo e hipertireoidismo além do uso prolongado de corticoesteroides também se associam a maior risco de osteoporose.

Para quantificação da massa óssea, o método mais utilizado é a densitometria óssea de emissão dupla. O exame deve ser realizado por todas as mulheres no climatério e repetido anualmente para verificar a evolução da massa óssea.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A prevenção da osteoporose baseia-se no controle dos fatores de risco potencialmente modificáveis e deve ser iniciada precocemente na idade adulta. A atividade física deve ser realizada regularmente. Além da dieta balanceada do ponto de vista proteico-calórico, é importante a ingestão diária de 1.500mg de cálcio, através de dieta rica em leite e lacticínios e se necessário com suplementação medicamentosa. A vitamina D é fundamental na formação da massa óssea, sendo a necessidade diária de 400UI que deve ser obtida através da alimentação, da exposição à luz solar e quando necessário, através da suplementação medicamentosa. Reposição hormonal está indicada nas mulheres submetidas à ooforectomia bilateral precoce e naquelas que apresentam redução acentuada da massa óssea durante o climatério.

Na prevenção secundária da osteoporose, além das medidas gerais, diversos esquemas podem ser empregados. Em substituição aos estrógenos pode-se utilizar a tibolona e o raloxifeno que apresentam menos efeitos colaterais. Como agentes anti-reabsortivos, os mais empregados são a calcitonina e os compostos bifosfonados, como o alendronato de sódio.

Prevenção de Infecções

O idoso é mais suscetível às infecções, devido às alterações da capacidade imunitária, às modificações dos vários órgãos e sistemas em conseqüência do processo de envelhecimento e às afecções que são mais freqüentes na terceira idade.

Vacinação

O uso da vacina contra Influenza no idoso é justificado pelo maior risco de complicações decorrentes da gripe, especialmente pneumonia. Aproximadamente 90% dos óbitos em decorrência da Influenza ocorreram em indivíduos com mais de 65 anos de idade, principalmente aqueles portadores de cardiopatia ou pneumopatia.

O esquema vacinal recomendado é da dose única, por via intramuscular ou subcutânea, repetida anualmente, de preferência nos meses de outono. A vacinação é efetiva, determinando proteção, em 60% a 70% dos indivíduos e reduzindo a mortalidade pelas complicações da Influenza em 80% a 90%.

O emprego da vacina contra Pneumococo está justificado em idosos devido à elevada prevalência e maior gravidade da doença pneumocócica após os 65 anos de idade. O esquema vacinal recomendado é de uma dose por via intramuscular (IM) ou subcutânea, indicando-se revacinação após cinco anos. A vacina é eficaz em 50% a 60% dos idosos.

Todos os indivíduos com mais de 65 anos devem ser vacinados contra o tétano, patologia que atualmente afeta predominantemente os idosos. Caso já tenham recebido as três doses, com intervalo de 60 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a segunda e a terceira, devem tomar uma dose de reforço a cada dez anos.

Profilaxia da Endocardite Infecciosa

Nas últimas décadas, a endocardite infecciosa passou a ser mais prevalente em idosos que em indivíduos mais jovens.

Entre os fatores que predispõem o idoso à endocardite temos: valvopatias, próteses valvares, implante de marcapasso, *diabetes mellitus*, neoplasias, infecções crônicas e manipulações de focos infecciosos com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica.

A despeito dos progressos das terapêuticas antibiótica e cirúrgica, a mortalidade entre os idosos é bastante elevada, atingindo 40% a 50% dos casos.

Portanto é de fundamental importância que os idosos que apresentam fatores de risco sejam submetidos à profilaxia antibiótica quando são submetidos à manipulação de focos infecciosos.

A American Heart Association recomenda amoxicilina na dose de 2g via oral uma hora antes de manipulações dentárias e do trato respiratório alto, onde o Streptococcus vividans é o germe mais freqüente. Nas manipulações urinárias e intestinais, onde o Enterococcus faecalis é o germe que mais freqüentemente causa endocardite, utiliza-se, na profilaxia, a ampicilina na dose de 2g via IM ou IV associada a gentamicina na dose de 1,5mg por kg de peso (até o máximo de 120mg) via IM, 30 minutos antes do procedimento e ampicilina 1g via IM ou IV seis horas após.

Prevenção de Quedas

Prevenir quedas é fator de suma importância, devido às graves conseqüências que podem advir dessa ocorrência.

A intervenção deve ser multifatorial, ou seja, atuar sobre várias causas simultaneamente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em pessoas idosas residentes na comunidade diversas medidas devem ser adotadas, visando à prevenção de quedas: programas de exercícios; treinamento de marcha e de equilíbrio; controle de situações clínicas como perturbações visuais, hipotensão arterial, arritmias cardíacas, labirintite; revisão periódica da medicação, controlando-se principalmente as drogas psicotrópicas

É fundamental obter informação sobre o ambiente onde vive o idoso. Na residência deixar livres os locais de passagem, evitar tapetes, utilizar pisos antiderrapantes, colar tacos soltos, colocar corrimãos nas escadas e se necessário nas paredes dos corredores e quartos, manter iluminação adequada. Nos banheiros, deve-se instalar barras de apoio.

Deve-se dar extrema importância aos comportamentos de risco, como a insistência no uso de chinelos e sapatos escorregadios, além do hábito de subir em cadeiras e escadas móveis para realizar determinados serviços caseiros.

Resumindo, para prevenção adequada de quedas em idosos é necessário identificar a população de risco aumentado e instituir intervenções padronizadas a fim de evitar os múltiplos fatores de risco.

Prevenção de Escaras

As úlceras de decúbito ou escaras constituem um problema multidisciplinar freqüente em idosos, que pode ser prevenido por medidas tomadas pela equipe que cuida do paciente.

A principal causa da úlcera de decúbito é a pressão localizada e prolongada com isquemia secundária. Aplicando-se na pele pressão constante de 70mmHg durante duas horas, há formação de lesões irreversíveis. Como fatores acessórios temos o atrito, a maceração e a umidade da pele no local pressionado.

Aproximadamente 70% das escaras ocorrem em indivíduos com mais de 70 anos, e 20% dos idosos asilados desenvolvem escaras em algum momento.

Mais de cem fatores de risco têm sido associados com a formação de úlceras de decúbito, dos quais os principais são : imobilidade, alterações cutâneas do envelhecimento, desnutrição, anemia, insuficiência circulatória, insuficiência esfincteriana e distúrbios cognitivos.

Medidas preventivas que visam a eliminar ou a reduzir os fatores de risco podem diminuir a incidência de escaras em cerca de 50%. Entre essas medidas, as mais importantes são:

- virar o paciente no leito a cada duas horas;
- colocar o idoso em posição oblíqua, com 30º de inclinação, para evitar pressão nas regiões sacral, do grande trocanter, do maléolo lateral e do calcâneo;
- não elevar a cabeceira da cama além de 30º para evitar forças tangenciais no local da compressão;
- levantar periodicamente os pacientes sentados há longo tempo, para evitar pressão persistente na região sacrococcígea;
- utilizar colchões bem macios;
- manter condições higiênicas, evitando umidade e irritação cutânea nos locais de pressão.

Considerações Finais

A medicina preventiva apresenta extraordinária importância em geriatria, sendo sua finalidade não só a redução das condições mórbidas e da mortalidade, mas também a preservação das funções orgânicas e da qualidade de vida.

É importante que as medidas destinadas a prevenir diversas afecções do idoso sejam tomadas o mais precocemente possível, pois quanto mais tardias, menores resultados apresentarão.

As investigações que estão sendo continuamente realizadas têm possibilitado a constante evolução da medicina preventiva na terceira idade. Atualmente, mesmo indivíduos muito idosos, com mais de 85 anos de idade, devem ser individualmente analisados, pois podem se beneficiar de diversas medidas preventivas.

Bibliografia

1. Adams AK, Wermuth EO, McBride PE. Antioxidant vitamins and the prevention of coronary heart disease. Am Fam Phys; 1999; 59: 895-902.
2. Alencar YMG, Carvalho Filho ET, Paschoal SMP et al. Risk factors for atherosclerosis in an elderly out-patient population in the city of São Paulo. Arq Bras Cardiol; 2000; 74: 189-196.
3. Almeida FFN, Araújo SEA, Santos FPS et al. Colorectal cancer screening. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo; 2000; 55: 35-42.
4. Blakely JA. The heart and estrogen progestin replacement study revisited. Arch Intern Med; 2000: 160; 2897-2900.
5. Blamey RW, Wilson ARM, Patnick J. Screening for breast cancer. Brit Med J; 2000; 321: 689-693.
6. Carvalho Filho ET, Garcia YM, Liberman S. Fatores de risco de aterosclerose na mulher após a menopausa. Arq Bras Cardiol; 1996; 66: 37-48.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

7. Carvalho Filho ET. Medicina preventiva no idoso. Rev Bras Clin Terap; 2003; 29 (1): 8-18.
8. Couch RB. Prevention and treatment of Influenza. N Engl J Med; 2000; 343: 1778-1787.
9. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. Circulation; 1997; 96: 358-366.
10. Despres JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. Brit Med J; 2001; 322: 716-720.
11. Eastell R. Treatment of postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med; 1998; 338: 736-746.
12. Farnier M. Hyperlipidémies du sujet âgé. Presse Med; 2001; 30: 957-963.
13. Fratiglioni L. Epidemiology of Alzheimer's disease and current possibilities for prevention. Acta Neurol Scand; 1996; 165: 33-40.
14. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. Am Fam Phys; 2001; 63: 513-522.
15. Gleich GS. Health maintenance and prevention in the elderly. Primary Care; 1995; 22: 697-711.
16. Goldberg TH, Chavin SI. Preventive medicine and screening in older adults. J.Am Geriatr Soc; 1997; 45: 344-354.
17. Grundy SM. Primary prevention of coronary heart disease. Circulation; 1999; 100: 988-998.
18. Hakim AA, Curb JD, Petrovitch H et al. Effects of walking on coronary heart disease in elderly men. Circulation; 1999; 100: 9-13
19. Halliwell B. The antioxidant paradox. Lancet; 2000; 355: 1179-1180.
20. Hart RG, Benavente O. Stroke: a clinical update on prevention. Am Fam Phys; 1999; 59: 2475-2482.
21. Hattotuwa Kl, Hind CRK. Pneumococcal Vaccine. Postgrad Med J; 1997; 73: 222-224.
22. Havranek EP. Primary prevention of CHD: nine ways to reduce risk. Am Fam Phys; 1999; 59: 1455-1463.
23. Iribarren C, Tekawa IS, Sidney S et al. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. N Engl J Med; 1999; 340: 1773-1780.
24. Kligman EW. Preventive geriatrics: Basic principles for primary care physicians. Geriatrics; 1992; 47 (7): 39-50.
25. Ministério da Saúde. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 1999.
26. Miranda SC, Santos JE. Suplementação vitamínica em doenças cardiovasculares. Hiper Ativo; 1999; 6 (2): 148-151.
27. Moraes EN, Pedroso ERP. Tétano no Brasil: doença do idoso? Rev Soc Brasil Med Tropical; 2000; 33: 271-275.
28. Mouton CP, Espino DV. Health screening in older women. Am Fam Phys; 1999; 59: 1835-1842.
29. NIH Consensus Development Panel. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. JAMA; 2001; 285: 785-795.
30. Novazza JP, Relvas WGM. Fumo e álcool: papel na doença cardiovascular. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo; 2000; 10: 811-818.
31. Olsen-Noll CG, Bosworth MF. Alcohol abuse in the elderly. Am Fam Phys; 1989; 39: 173-179.
32. Osborne M, Boyle P, Lipkin M. Cancer prevention. Lancet; 1997; 349 (suppl II): 27-30.
33. Patz EF, Goodman PC, Bepler G. Screening for lung cancer. N Engl J Med; 2000; 343: 1627-1633.
34. Petty TL. Screening strategies for early detection of lung cancer. JAMA; 2000; 284: 1977-1983.
35. Rimm EB, Stampfer MJ. Antioxidants for vascular disease. Med Clin North Am; 2000; 84: 239-249.
36. Saliba SJ. Prevention of coronary artery disease. Primary Care; 2000; 27: 525-540.
37. Silverman MA, Zaidi U, Barnett S et al. Cancer screening in the elderly population. Hematology/Oncology Clin North Am; 2000; 14: 89-112.
38. Smith RA, Von Eschenbach AC, Wender R et al. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin; 2001; 51: 38-75
39. Sano M, Ernesto C, Thomas RG et al. A controlled trial of selegiline, alpha tocopherol or both as treatment for Alzheimer's disease. N Engl J Med; 1997; 336: 1216-1222.
40. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study (HOPE). Investigators-Vitamin E supplementation and cardiovascular events in high-risk patients. N Engl J Med; 2000; 342: 154-160.
41. Yesavage JA. Nonpharmacologic treatments for memory losses with normal aging. Am J Psych; 1985; 142: 600-605.
42. Zarzosa CP. Ejercicio fisico en el anciano. Rev Lat Cardiol; 2000; 21: 94-102.
43. Zusman RM, Chesebro JH, Comerota A et al. Antiplatelet therapy in the prevention of ischemic vascular events. Clin Cardiol; 1999; 22: 559-573.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

65 Envelhecimento Bem-sucedido: Aspectos Biológicos, Psicológicos e Socioculturais. Importância da Sociabilidade e da Educação

Zally P. Vasconcelos Queiroz
Matheus Papaléo Netto

Introdução

Temas como qualidade de vida e envelhecimento bem-sucedido ou saudável, apesar de serem relativamente recentes, constituem hoje objetos de numerosas publicações. Mais importante, porém, que os temas em si são as íntimas conexões entre um e outro. Buscar caminhos, lutar pelo aumento do número de idosos que apresentam envelhecimento saudável tem que ser os objetivos maiores dos profissionais que labutam na área da ciência do envelhecimento, diante do aumento da probabilidade de atingir esta fase do ciclo da vida.

É evidente que no século XX ocorreu uma verdadeira explosão de longevidade, que tende a perpetuar-se por várias décadas neste século. Ressalte-se que o aumento da expectativa média de vida foi sempre almejado pelo ser humano desde os primórdios da civilização. É óbvio que isto não é o suficiente, pois, paralelamente às modificações demográficas que ocorrem, não acontecem as transformações socioculturais, físicas e psicológicas necessárias para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e, em última análise, promover o envelhecimento saudável e ativo.

Segundo Paschoal[9], a longevidade é uma conquista do desenvolvimento criado pelo homem. O que na verdade se observa, no entanto, é que esta conquista tem sido acompanhada de circunstâncias desfavoráveis, que acabam por tornar o viver um pesado fardo, tornando as pessoas receosas de ingressar neste tempo da vida[12]. Segundo Beauvoir[1], o velho como categoria social nunca interveio no percurso do mundo; enquanto ele conservar sua eficácia permanecerá integrado na sociedade sem se distinguir dela. Ao perder suas capacidades, aparece como o outro, tornando-se sem serventia, sem valor de troca, não passando de uma carga.

As opiniões dos três autores, todas na mesma direção, mostram o lado dramático da velhice, revelando um padrão de envelhecimento que, infelizmente, é o mais comum nos países em desenvolvimento. É necessário ter em mente que nesta fase da vida os padrões de desenvolvimento são mais heterogêneos que em outros períodos do ciclo da vida. Por esse motivo, segundo Neri[6], falar em qualidade de velhice remete à necessidade de comparação, ou seja, de definição de critérios para estabelecer o que é normal e o que é patológico. Esse é um desafio para as disciplinas que compõem a Ciência do Envelhecimento. Mas, independentemente de saber o que é patológico ou normal, é nesta última categoria que se enquadra a grande maioria dos idosos, mesmo quando as condições de vida e socioeconômicas são as desenhadas acima.

O presente capítulo tem a finalidade de caracterizar o que é o envelhecimento saudável e seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, comparando-o com o outro padrão de envelhecimento, que é o envelhecimento comum ou usual. Pretende também ser um aler-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ta para a melhora da qualidade de vida, fundamental para a conquista de uma velhice saudável.

Considerações Iniciais

Com os conhecimentos adquiridos através de numerosas pesquisas; sabe-se que o envelhecimento intrínseco ou primário é caracterizado pelo declínio das funções fisiológicas, que não é igual para todos os órgãos, nem para todos os indivíduos. Ele começa a ocorrer a partir dos 30 anos de idade, passando por uma fase de relativa estabilização até a o final da terceira década da vida, quando então começam a se tornar manifestos os primeiros sinais de envelhecimento. Admite-se que, embora heterogênea, a queda das funções orgânicas, em seu conjunto, atinja 1% ao ano a partir dos 30 anos de idade e tenha como característica ser linear em função do tempo.

Segundo Neri[6], com base em dados empíricos, a velhice preserva a possibilidade de ganhos evolutivos em domínios selecionados de funcionamento. Entre estes avulta o domínio afetivo que, em larga medida, pode atuar na compensação bem-sucedida de limitações cognitivas decorrentes das alterações na velocidade de processamento de informações.

Ficou anteriormente implícita a existência de padrões de envelhecimento. Para caracterizá-los há necessidade de se empregar algumas variáveis e a medida em que podem ser consideradas como representantes dos padrões normais de envelhecimento. Pode-se afirmar que dados como ausência de doenças físicas e mentais crônicas e de incapacidades funcionais que impeçam o indivíduo idoso de exercer integralmente e com independência suas atividades básicas e instrumentais de vida diária podem ser considerados elementos fundamentais na definição do que é normal. Pode-se admitir também como relevante a ausência de fatores de risco tais como hipertensão arterial, *diabetes mellitus,* tabagismo, obesidade, entre outros, fundamentais para a definição do que é normal e do que é patológico.

Dois aspectos, porém, assumem particular importância: em primeiro lugar, o emprego de variáveis que devem ser utilizadas para caracterizar o idoso normal não permitem por si só definir os padrões de normalidade; em segundo lugar, os dados referidos anteriormente representam elementos importantes para colaborar com o estabelecimento do diagnóstico de envelhecimento bem-sucedido, embora se fixem em aspectos puramente biológicos. Este conceito transcende os limites biológicos e parte para uma visão mais abrangente desse processo, valorizando também os aspectos psicológicos e sociais, e a íntima conexão entre eles.

As Diversas Dimensões da Velhice

O processo de envelhecimento e sua conseqüência natural, a velhice, são caracterizados por ser multifatorial, o primeiro, e multifacetada, a segunda. Conforme exposição feita no Capítulo 9, acredita-se que sobre uma base genética atuem fatores psicossociais, ambientais e extrínsecos (estes rotulados como estilo de vida). Da participação maior ou menor desses fatores e do componente genético resultam alterações funcionais, celulares e moleculares que determinam a diminuição da capacidade de adaptação homeostática, tornando o indivíduo idoso particularmente vulnerável a doenças e ao aumento da taxa de mortalidade. Com efeito, com o passar dos anos vai ocorrendo aumento da mortalidade, que é precedido de aumento também exponencial de entidades patológicas.

Não há dúvida, por outro lado, que com o avançar da idade vão acontecendo alterações estruturais e funcionais que, embora variem de uma pessoa a outra, são encontradas em todos os idosos e são próprias da senescência. Sendo estas alterações morfofuncionais progressivas, como se acha expresso na própria definição de envelhecimento, elas são mais intensas nos indivíduos mais idosos, a ponto de alguns autores erradamente considerarem o envelhecimento como "estado de doença". É óbvio também que as doenças podem induzir tais modificações, que, com maior freqüência assumem maior intensidade, exteriorizando-se comumente de maneira a tornar possível sua caracterização através da eclosão de seu quadro clínico.

Outro fato é que, diferentemente das pessoas mais jovens, nos idosos portadores de doenças, que freqüentemente são múltiplas, somam-se aos efeitos das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento primário aquelas decorrentes de modificações funcionais produzidas pela presença de doenças concomitantes. Com efeito, não se pode desconhecer que os efeitos da primeira podem atuar sobre os da última, induzindo graus de interações variáveis, a ponto de produzir nestas circunstâncias ação deletéria muito acentuada.

De qualquer forma, há com a senescência diminuição progressiva do equilíbrio homeostático, que é variável de um indivíduo a outro, mas que em condições basais não é suficiente para produzir um declí-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nio funcional evidente. Quando este distúrbio é suficientemente importante, ocorre redução acentuada da reserva funcional, colocando o idoso muito próximo da eclosão dos sintomas.

Dificuldade para Diferenciar o Envelhecimento Isolado do Associado à Doença

O pesquisador, em qualquer ramo que compõe a ciência gerontológica, não raramente se defronta com a dificuldade de distinção entre senescência e senilidade, ou seja, entre as manifestações peculiares do envelhecimento primário e as decorrentes de processos mórbidos comuns em pessoas idosas. Várias investigações relativas ao processo de envelhecimento deveriam ser reavaliadas, particularmente as efetuadas em seres humanos, uma vez que as modificações são na maioria das vezes decorrentes da presença de doença associada e não reconhecida e não do processo de envelhecimento propriamente dito. Assim, quando se deseja comparar o comportamento de uma ou mais variáveis entre jovens e idosos, o que se obtém é uma mescla de alterações relacionadas à idade e à doença associada, mascarando os efeitos do envelhecimento normal.

A evolução dos conhecimentos sobre os aspectos biofisiológicos, psicológicos e sociais em gerontologia conscientizou os pesquisadores sobre a importância de distinguir, numa determinada população de pessoas idosas, as portadoras de doenças das que não possuíam. Procurou-se, dessa forma, estabelecer alguns critérios para o estudo sobre o envelhecimento normal, permitindo demonstrar os efeitos da idade sobre acuidade visual, acuidade auditiva, função renal, reserva funcional cardíaca, tolerância à glicose, pressão arterial, atividade do sistema nervoso simpático e, mais recentemente, sobre as funções cognitivas e comportamentais.

Apesar de todas as precauções é ainda por vezes difícil a distinção entre os efeitos decorrentes da idade e os conseqüentes à presença de enfermidade associada. Por esse motivo, é necessário que se utilize uma seleção de critérios, por exemplo, o protocolo Seigneur, utilizado em estudos epidemiológicos.

Envelhecimento Bem-sucedido e Comum

A velhice, que é uma fase do ciclo da vida, tem como característica o fato de ser multifacetada e extremamente dependente de fatores responsáveis pelo processo de envelhecimento. A vulnerabilidade da pessoa idosa, caracterizada pelo aumento da suscetibilidade física e emocional em relação ao indivíduo jovem, é dependente de uma complexa inter-relação de fatores físicos, psicológicos e sociais, econômicos e culturais. A predominância de um ou mais fatores transforma a velhice em um fenômeno individualizado.

Quando se abordam os temas envelhecimento e velhice bem-sucedidos, a primeira coisa que assoma nossas mentes são as alterações biológicas. Assim, ao se falar em perdas que ocorrem na velhice, o que se acredita é que as mudanças biológicas são as responsáveis ou determinantes de alterações nas outras dimensões: psicológicas e sociais. Esta é seguramente uma falsa impressão, pois as modificações biológicas não são as únicas e nem sempre as mais importantes.

Embora saibamos da estreita conexão entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais e sua importância na caracterização do envelhecimento saudável, por motivos didáticos nós os abordaremos isoladamente, associando-os quando for pertinente.

Fatores Biológicos

Pesquisas sobre o envelhecimento e a velhice têm enfatizado as perdas, interpretando-as como dependentes do envelhecimento primário, ou seja, não obrigatoriamente decorrente de processos patológicos associados. Segundo Rowe e Kahn[7], o papel do envelhecimento nestas perdas tem sido de certa forma superestimado, desde que os declínios relacionados à idade podem ser explicados pelo efeito exercido pelos fatores extrínsecos já assinalados e rotulados sob a denominação de estilo de vida, como tipos de dieta, tabagismo, sedentarismo e outros hábitos de vida. Somam-se a estes os fatores psicossociais. Não acreditamos que esteja havendo superestimação do envelhecimento primário como responsável pelas perdas, se considerarmos que ele pode assumir padrões diferentes, de acordo com a importância maior ou menor dos fatores extrínsecos. O detalhamento destas considerações será efetuado mais adiante.

O que tem sido habitual e enfatizado é a diferença entre grupos etários, ignorando-se a heterogeneidade entre idosos dentro da mesma faixa etária ou atribuindo tais diferenças exclusivamente ao componente genético. Esta visão negligencia o importante impacto dos demais fatores no processo de envelhecimento e as conseqüências, a longo prazo, das mudanças decorrentes dos efeitos desses fatores, particularmente os rotulados como estilo de vida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É necessário, quando se aborda a heterogeneidade entre idosos, ter em mente dois aspectos fundamentais: primeiro, que as diferenças entre idosos podem ser observadas entre os que têm aproximadamente a mesma idade; segundo, que essa heterogeneidade é esperada, principalmente quando se admite a grande amplitude da faixa etária geriátrica, isto é, são considerados idosos pessoas com 60 anos de idade como também aqueles que têm idade de 80, 90 e 100 anos ou mais. Para que haja coerência no que vamos expor, iremos levar em consideração apenas o primeiro aspecto dos dois citados.

Outro fato relevante, é que já há algum tempo tem havido crescente interesse não só pelos problemas estritamente médicos da pessoa idosa, mas também para a necessidade de uma visão mais abrangente da saúde. O que tem sido observado, paralelamente à visão biológica do fenômeno do envelhecimento e de sua conseqüência natural, a velhice, é o interesse cada vez maior de outras áreas da saúde, principalmente a psicologia e as ciências sociais.

Os pesquisadores das diversas áreas envolvidas devem, desde o início, reconhecer a importância de distinguir as modificações devidas à presença de doenças associadas das decorrentes do envelhecimento primário, na tentativa de "descontaminar" o material de estudo. A resultante do procedimento de exclusão dos pacientes com doenças associadas é a formação de um grupo de pessoas consideradas "normais". A colocação de aspas em normais é justificável, pois que é justamente o conceito de normalidade que deve ser discutido, diante da grande heterogeneidade entre idosos. Foi justamente a dificuldade de caracterizar o que é normal, que possibilitou a divisão, sugerida por Rowe e Kahn[7], em dois tipos de envelhecimento: o bem-sucedido ou saudável e o usual ou comum.

O conceito de normalidade concebido desta forma tem sido o objetivo de numerosas pesquisas, particularmente o envelhecimento bem-sucedido, sua importância e implicações. As alterações não-patológicas, decorrentes das duas formas assinaladas, são importantes não somente como reflexão a respeito do processo de envelhecimento como também como substrato preditor da possibilidade de manifestações patológicas.

O que é importante enfatizar é que a distinção entre envelhecimento normal e patológico, embora necessária, como já foi amplamente assinalado, não é suficiente, pois esta postura não leva em consideração a heterogeneidade entre idosos não portadores de doenças.

Como já foi referido, este conceito de normalidade é que impeliu para uma distinção conceitual dentro da categoria normal nas duas formas assinaladas. Aceitas estas duas formas de envelhecimento, o grande problema que se coloca é se somente o processo intrínseco do fenômeno que ocorre com o passar dos anos seria responsável por estes fatos ou, se associado a ele, fatores extrínsecos ao processo de envelhecimento "normal" poderiam exercer papel preponderante nessa disparidade de efeitos, observados entre os tipos citados.

Admite-se que, na forma de envelhecimento comum, os fatores extrínsecos, tais como tipos de dieta, meio ambiente, composição corpórea, sedentarismo, causas psicossociais etc. intensificariam os efeitos adversos que ocorrem com o avançar da idade, enquanto que na forma de envelhecimento saudável tais fatores não estariam presentes ou, quando existentes, seriam de pequena importância. Se estes fatores forem realmente fundamentais, como é efetivamente admitido pela maioria dos autores, então o papel do envelhecimento propriamente dito passa a ser por eles mascarado. A crença sobre a importância destes fatores se acha expressa na ênfase que tem sido dada para a ação benéfica potencial dos exercícios físicos, moderação na ingestão de bebidas alcoólicas, ingestão de dieta adequada etc., medidas estas que são utilizadas na prevenção, primária ou secundária, de vários processo patológicos.

Entre os vários exemplos que marcam a importância do estilo de vida da pessoa idosa, destaca-se a influência da atividade física sobre o consumo máximo de oxigênio. Assim, embora exaustivamente provado que esta variável declina com a idade, está também demonstrado de forma inequívoca que os idosos atletas apresentam níveis mais elevados de consumo máximo de oxigênio que adultos jovens sedentários. Um outro exemplo, possivelmente o mais clássico, é o da elevação da pressão arterial sistêmica em pessoas idosas normais, que, embora não possa ser considerada suficientemente alta para ser considerada patológica, pode ser revertida se forem implantadas medidas que reduzem os níveis tensionais.

Percebe-se, pois, através desses exemplos, entre muitos outros, que a situação considerada como decorrente do processo intrínseco do envelhecimento, encontra-se hoje relacionada à influência de fatores extrínsecos que, se removidos por meio de medidas pertinentes, poderão minimizar, prevenir ou remover seus efeitos deletérios.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O número crescente de idosos cujo desempenho físico é em média discretamente inferior ao dos jovens, também saudáveis, dão a medida exata da importância do controle dos fatores extrínsecos. Entre nós, entretanto, por motivos sociais, econômicos, culturais, o número de idosos que podem ser considerados saudáveis é ainda pequeno. Predomina o envelhecimento comum, ou seja, aquela que, às alterações do envelhecimento primário, se associam as decorrentes de ação nefasta dos fatores extrínsecos.

Fatores e Manifestações Psicológicas

Deixamos claro, ao iniciar nossas considerações sobre envelhecimento saudável, que a divisão dos fatores e manifestações em biológicos, psicológicos e sociais tinha apenas cunho didático, uma vez que esses fatores e manifestações freqüentemente caminham juntos e são intimamente relacionados. A esse propósito é importante lembrar, por exemplo, que com o envelhecimento ocorre uma redução do número de neurônios que é substancial, ou seja, em torno de 5% aos 70 anos e 20% aos 90 anos de idade. A questão que se levanta diante dessa evidência biológica é que esta constatação, que atinge a grande maioria dos idosos, poderia ser responsável pela deterioração da função cognitiva. Não há, no entanto, evidências que alterações cognitivas, que eventualmente se encontram presentes em pessoas idosas, poderiam ser decorrentes dessa perda neuronal, o que não invalida a hipótese defendida por alguns autores que, pelo menos ela poderia ser considerada um fator coadjuvante.

Mais importante que este fato, que ainda resta ser provado, é a existência de entidades patológicas, como hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, doença coronariana, entre outras, que não raramente estão associadas a manifestações ou são responsáveis por manifestações psicológicas. De qualquer forma, o que se pode afirmar é que a velhice bem-sucedida é caracterizada por algumas características que a diferem do outro padrão de velhice, a forma de velhice comum ou usual, segundo denominação de Rowe e Kahn[7], na qual estas doenças, entre outras, e os fatores de risco são mais freqüentes e evidentes.

Assim, na velhice bem-sucedida, é possível minimizar a importância da participação dos fatores de risco Percebe-se, além disso, a manutenção de um estado funcional compatível com a capacidade de realização das atividades básicas de vida diária, a preservação da autonomia e a participação das atividades ligadas à comunidade, à família e, em última análise, a manutenção de uma vida social ativa. Torna-se evidente a conservação dos papéis sociais e da capacidade de readquirir ou de manter sua produtividade. É notório o elevado grau de auto-estima, da sensação de satisfação com a vida e da capacidade de adaptação frente às limitações funcionais próprias da velhice.

É necessário que se esclareça a nossa opinião a respeito do vínculo entre os fatores biológicos, psíquicos e socioculturais. As mudanças biológicas não podem ser consideradas isoladamente, mas sujeitas também a um conjunto de forças que atuam na vida do homem. Dessa forma, segundo Guerreiro e Rodrigues[5], o envelhecimento perde a concepção reducionista em que o determinismo das perdas biológicas rege o conjunto de outros declínios e se apresenta como um processo interacional e multidimensional, que inclui transformações constantes que podem ser interpretadas simultaneamente como ganhos e perdas. Desse modo, continuam as autoras, redimensionando o momento da existência no curso de nossas vidas, podemos descortinar um universo de potencialidades e transformações que são inerentes ao viver.

Segundo Guerreiro e Rodrigues[5], pensar uma trajetória de envelhecimento bem-sucedido leva-nos a refletir sobre o ideal de manutenção da autonomia, mantendo a concepção de sua identidade e de sua capacidade de interagir com o mundo, fazendo opções ajustadas às suas necessidades e reconhecendo que é autor da história singular que está continuamente sendo construída e dá sentido à sua existência. Nesse contexto, a cognição assume um papel de relevância, entre outros aspectos importantes, na manutenção da autonomia, fazendo da produção de conhecimentos nessa área fonte de potencialidades humanas.

Nesse momento, é oportuno transcrever palavras de Beauvoir[1]: "O envelhecimento tem, sobretudo, uma dimensão existencial e, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com sua própria história, revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também sociais e culturais."

É importante lembrar que, embora só mais recentemente o envelhecimento bem-sucedido tenha tomado vulto na comunidade científica e mesmo entre pessoas leigas, a idéia de sua existência já apresenta-se desde a Antiguidade. O grande nome que, já naquela época, defendia esta idéia era Cícero, em seu livro *De Senectude*. Partia este autor da idéia que o indivíduo tem o poder de construir uma imagem po-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sitiva da velhice e de seu envelhecimento, afirmando que essa etapa não é feita apenas de declínio e perdas, mas abriga muitas oportunidades e mudanças positivas e de funcionamento produtivo. Nos dias atuais, afirma Freire[4], várias idéias têm surgido. Uma delas refere-se ao envelhecimento satisfatório como dependente do equilíbrio entre limitações e potencialidades de pessoas, o que permitirá enfrentar perdas inevitáveis da última fase da vida e de sua interação constante com o meio ambiente, de forma facilitar sua adaptação às mudanças ocorridas em si própria e no mundo que a cerca.

O envelhecimento bem-sucedido é visto também em termos de capacidade do idoso se adaptar aos desafios, sejam estes biofísicos, mentais ou socioeconômicos. Os estudiosos, segundo Freire[4], afirmam que a competência adaptativa é multidimensional, ou seja, é emocional, no sentido das estratégias e habilidades com as quais o indivíduo lida com fatores estressantes; cognitiva, em relação à capacidade para resolução de problemas e comportamental, no sentido do desempenho social.

Essa competência adaptativa envolve a preservação e a expansão de reservas para o desenvolvimento pessoal. A preservação e a expansão de reservas referidas variam de um idoso a outro e dependem da maneira como organizam suas vidas, da ocorrência de doenças e da interação entre fatores genéticos e ambientais. A capacidade de adaptação frente às perdas e transformações que acontecem com o envelhecimento que é diferente de um indivíduo a outro, torna este fenômeno humano um processo individual e diferenciado em relação às variáveis mentais, comportamentais e sociais.

Embora o envelhecimento saudável seja, como foi referido, um processo individualizado, alguns aspectos são comuns, quais sejam: importantes reservas para o desenvolvimento, que podem ser ativadas pela aprendizagem, por exercícios ou treinamento; capacidade de compensar declínios decorrentes do envelhecimento como, por exemplo, perdas relacionadas à memória podem ser compensadas pelo uso de técnicas de memorização.

Outro aspecto que merece ser destacado é a importância da atividade física na velhice. Cremos que não há exagero quando se afirma que os benefícios desta prática não se restringem somente à melhora da condição física, mas é fundamental também na aquisição do bem-estar psicológico, que constitui uma das variáveis mais importantes para obtenção de uma velhice saudável. Vitta[16], ao discorrer sobre atividade física e bem-estar psicológico na velhice, expressa sua opinião ao afirmar que a prática do exercício físico se acompanha do senso de satisfação com a vida, saúde visivelmente boa e sensação subjetiva de auto-eficácia. Boa saúde física e psicológica, segundo este autor, determina uma boa qualidade de vida na velhice.

É conhecido o fato que a depressão, entidade patológica mais comum e mais grave em pessoas idosas do que em indivíduos jovens, e a inatividade física, que é também muito freqüente em pessoas dessa faixa etária, caminham juntas. E é muito mais que isto, depressão e inatividade potencializam seus efeitos deletérios. Não restam dúvidas de que a prática regular de exercícios melhora o humor, a ansiedade e a depressão.

De uma maneira geral os idosos mantêm a visão positiva e capacidade de controlar suas próprias vidas apesar das dificuldades inerentes ao envelhecimento, ajustando seus projetos de vida de acordo com as condições presentes. A satisfação com a vida mantém-se elevada na velhice, especialmente quando os indivíduos estão empenhados no alcance de metas significativas e na manutenção do bem-estar psicológico.

Por ser de fundamental importância, vamos transcrever as seis dimensões do funcionamento positivo para explicar o bem-estar psicológico, contidos no Capítulo 65 de Sueli Aparecida Freire[4]:

1. auto-aceitação, que implica numa atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e a seu passado; implica reconhecer e aceitar diversos aspectos de si mesmo, incluindo características boas e más;
2. relações positivas com os outros, que envolve ter uma relação de qualidade com os outros, ou seja, uma relação calorosa, satisfatória e verdadeira: preocupar-se com o bem estar alheio; ser capaz de relações empáticas afetuosas;
3. autonomia, que significa ser auto-determinado e independente; ter habilidade para resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira; avaliar-se com base em seus próprios padrões;
4. domínio sobre o ambiente, ou seja, ter senso de domínio e competência para manejar o ambiente; aproveitar as oportunidades que surgem à sua volta; ser hábil para escolher ou criar contextos apropriados às suas necessidades e valores;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

5. propósito na vida, que implica ter metas na vida e um sentido de direção; o indivíduo percebe que há sentido em sua vida presente e passada; possui crenças que dão propósito à vida; acredita que a vida tem um propósito e é significativa;
6. crescimento pessoal, ou seja, o indivíduo tem um senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa; está aberto a novas experiências; tem um senso de realização de seu potencial e que suas mudanças refletem auto-conhecimento e eficácia.

Cremos que ficou claro no decorrer desta seção a importância dos mecanismos compensatórios e adaptativos e a exploração das reservas e do potencial para efetivar as mudanças necessárias, que permitem envelhecer com qualidade e bem-estar do ponto de vista biopsicossocial.

Aspectos Socioculturais

O envelhecimento da população mundial é um triunfo da humanidade, porém é também um dos maiores desafios a serem enfrentados já que ocasiona demandas sociais e econômicas em todo o mundo.

Quando se aborda os temas envelhecimento e velhice bem-sucedidos, talvez os aspectos sociais e econômico, particularmente nos países em desenvolvimento, sejam os mais importantes.

Apesar de todos os avanços tecnológicos e na área médica, sabe-se que o envelhecimento não pode ser evitado, mas é possível que os mesmos exerçam influência sobre o modo como ocorre esse processo. Envelhecer não significa obrigatoriamente redução da capacidade de trabalho, diminuição das atividades sociais e de outras possibilidades de participação. Muito pelo contrário, pode significar enriquecimento pessoal e uma vida ativa e saudável. A terceira idade é um momento no qual são abertas novas oportunidades para a realização de atividades e projetos de vida.

O envelhecimento da população é uma aspiração natural e a longevidade hoje atingida demonstra que este desejo tem sido atendido. Isto, porém não é suficiente, pois que, além do aumento da expectativa de vida, é fundamental a melhoria da qualidade de vida, sem a qual envelhecer torna-se um pesado fardo para a sociedade, para família e, principalmente, para o próprio idoso. A manutenção da autonomia e da independência são metas importantes na conquista do envelhecimento saudável.

Segundo a OMS (2005) "os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de envelhecimento ativo que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos".

Esta é, no entanto, uma tarefa muito complexa nos países pobres. Segundo Veras[15], os países do Terceiro Mundo, entre os quais se inclui o Brasil, ainda não equacionaram satisfatoriamente as necessidades da infância e se defrontam com a emergência de ter diante de si uma outra população, também com problemas sociais econômicos graves, em busca do atendimento de suas demandas específicas.

A verdade é que, nesses países, a velhice vem se tornando um grave problema de natureza social e econômica, com o crescente aumento de idosos presentes na sociedade moderna provocando alterações em relação à estrutura social vigente e à distribuição da renda nacional e, sobretudo, trazendo sérios problemas humanos. Isto se reflete na condição em que ainda se encontra o ancião na sociedade industrial e pós-industrial, de marginalização não apenas familiar como também de forte e ampla exclusão social, criando novas formas de pobreza[14].

O que chama a atenção, no entanto, é a visibilidade alcançada pela velhice, que apesar das condições citadas, vem deixando de ser considerada, como foi durante muito tempo, um problema que dizia respeito somente aos próprios idosos, às suas famílias ou a associações filantrópicas, para transformar-se em uma questão pública.

Aqueles que entram na terceira idade, na maioria das sociedades menos desenvolvidas, sofrem toda sorte de preconceitos, sobretudo quanto à fragilidade física e à competência para produzir. Se o indivíduo pára de pensar e pára de ser estimulado, obviamente não criará expectativas e nem aspirações. Seu desempenho, portanto, ficará reduzido e inexpressivo. Ao contrário, se as oportunidades de desenvolvimento continuam, sua produtividade será mantida e até diversificada. Estão aí os exemplos dos grandes intelectuais, dos grandes artistas, que não atingiram a plenitude de seu trabalho na juventude, mas sim na maturidade e na velhice[14].

Se uma sociedade deseja que a conquista da longevidade seja uma experiência positiva, deve oferecer aos cidadãos que envelhecem oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Or-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ganização Mundial de Saúde, em consonância com as recomendações do Plano de Ação Internacional em Favor da Velhice, adotou o termo "envelhecimento ativo" para expressar o processo de conquista dessa visão. Nesse sentido, o envelhecimento ativo foi conceituado como "processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas." A abordagem do envelhecimento ativo fundamenta-se no reconhecimento dos direitos de cidadania dos mais velhos, e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização, estabelecidos pela ONU. Essa abordagem aponta para a necessidade do exercício da participação dos próprios idosos na defesa desses princípios, bem como para a sua responsabilidade na conquista de melhor qualidade de vida nas suas comunidades. Esse é o caminho para a construção de um envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido.

Na realidade brasileira, os programas de valorização dos idosos foram desencadeados pelas organizações não-governamentais, motivando e incentivando diferentes setores da comunidade (sindicatos, igrejas, clubes de serviços, associações profissionais, universidades, empresários etc.) a se identificarem com as questões da velhice — um problema social emergente desde a década de 1980.

Segundo Peixoto[4], diante das raras políticas sociais voltada paras esse grupo populacional, coube-lhe inventar um novo modo de vida, construindo, assim, uma outra representação da velhice desvinculada das características negativas que lhe são atribuídas. A mesma autora assim se coloca: "Ao longo dos anos, a representação das pessoas envelhecidas conheceram uma série de mutações que reclamavam, sistematicamente, a criação de categorias classificatórias mais adaptadas à nova situação social, bem como à construção ética do indivíduo 'velho'. Esta noção sempre esteve fortemente vinculada a duas outras: decadência e incapacidade para o trabalho. Percebidas negativamente, essas categorias são ainda empregadas, principalmente, para reforçar uma situação de exclusão social."

No sistema de representação social da nova versão da velhice, os idosos desempenham um papel fundamental na construção de uma nova imagem que simbolize a liberdade e o lazer, ou mesmo de ser um jovem em toda idade[10]. O idoso pode abarcar no seu cotidiano um espaço de construção de uma imagem que lhe possibilite a sua inclusão e a de outros, mostrando potencial de superação de novos desafios, de sabedoria, experiência, produção, transformação e vida que carrega em si. Esta nova concepção de velhice, caracterizada pelo dinamismo, atividades, lazer, e outras formas de ocupação do tempo livre da velhice, deu ao idoso a possibilidade de participar de novos espaços públicos, criando condições de sociabilidade, fugindo do isolamento e da dependência familiar.

É neste contexto de formulação de uma nova representação social de velhice que os programas de lazer, cultura e educação, além daqueles voltados à saúde, trabalho e assistência, apontados pela Política Nacional do Idoso (1994) e pelo Estatuto do Idoso (2003) têm um papel fundamental.

É preciso, neste momento, que todos os segmentos que constituem a nação brasileira percebam a importância e assumam conjuntamente a proposta do envelhecimento bem-sucedido para que seja possível a construção de uma sociedade para todas as idades.

Papel da Sociabilidade e da Educação

Pode-se afirmar que sociabilidade e educação são dois dos maiores responsáveis pela promoção do envelhecimento saudável e, como conseqüência, pela melhora da qualidade de vida.

Um dos maiores problemas da pessoa idosa é a solidão, fruto da viuvez, perda de amigos, aposentadoria. Uma maneira possível de minimizar os efeitos da solidão é a busca do contato social e do desenvolvimento de novas capacidades de realizações pessoais. Este pode ser considerado um dos projetos dos centros de convivência da LBA e do SESC, que no Brasil estão espalhados por todo território nacional; clubes de terceira idade instalados por toda parte, viagens turísticas, programações culturais etc. podem ser utilizados por idosos. As Universidades da Terceira Idade estão criadas em vários estados braisleiros. Segundo Peixoto[10], no sistema social de representação social da nova versão velhice, os idosos desempenham um papel fundamental na construção de uma outra imagem que simbolize a liberdade e o lazer ou mesmo ser jovem em toda a idade.

Sem o caráter de serviço médico ou, pelo menos, não tendo isto como atribuição principal, os centros de convivência podem agrupar idosos em atividades culturais, que poderão ser desenvolvidas nas Universidades da Terceira Idade (UnATI).

Segundo Veras[15], para os idosos com autonomia e independência, pode-se pensar em introduzir o bem-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sucedido projeto francês *Les Universités du Troisième Age*, apesar do mesmo, pelo menos em sua fase inicial, restringir-se ao campo de ensino. O mesmo autor se posiciona sobre a necessidade de uma versão mais ambiciosa de um projeto de Centro de Convivência no interior de uma universidade, que deverá incluir também atenção integral à saúde e outros ligados à perspectiva acadêmica e científica da universidade. Seu principal objetivo é desenvolver iniciativas culturais e intelectuais, incentivando o estudante mais idoso a participar do ensino e do aprendizado.

Muito poderia ser discutido neste capítulo a respeito dos Centros de Convivência e das UnATIs. Mais detalhes sobre o tema o leitor poderá encontrar no Capítulo 52.

Muitos caminhos poderão ser percorridos, porém cremos que este seja o que oferece melhores perspectivas de promoção do envelhecimento bem-sucedido.

Referências Bibliográficas

1. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Franteira; 1990.
2. Brasil: Ministério da Assistência e da Previdência social. Lei 8842/94, Brasília;1994.
3. Brasil: Estatuto do Idoso. Lei 10.741/2003, Brasília.
4. Freire AS. Envelhecimento Bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Néri, AL, Freire AS (orgs.). E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus; 2000. p. 21.
5. Guerreiro T, Rodrigues R. O envelhecimento bem-sucedido: utopia, realidade ou possibilidade? Uma abordagem transdisciplinar da questão cognitiva. In: Veras RP (org.). Terceira Idade: Alternativas para um sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, UnATi (UERJ); 1999. pp. 51-70.
6. Neri AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL (org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001. pp. 161-200.
7. ONU: Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Madri; 2002.
8. OPAS/OMS: Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde. Brasília; 2005.
9. Paschod SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Cavalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 19-34.
10. Peixoto C. De volta às aulas ou como ser estudante aos 60 anos. In: Veras RP (org.). Desafios para o terceiro milênio. Série Terceira Idade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI/UERJ; 1997. p. 41.
11. Rowe JW, Kahn RL. Hyman aging usual and successful. Science; 1987; 237:143.
12. Salgari MA. Velhice: uma nova questão social. São Paulo: Biblioteca Científica do SESC; 1980.
13. Santos AT, Santos-Sá MAA. De volta às aulas: ensino e aprendizagem na terceira idade. In: Néri AL, Freire AS (org.). E por falar em boas velhice. Campinas: Papirus; 2000. p. 91.
14. Senhoras EM. O papel do idoso na preservação do meio ambiente. A terceira idade (SESC); 2005; 16:7-23.
15. Veras RP. Atenção preventiva ao idoso. Uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M. (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 383.
16. Vitta A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: Neri AL, Freire SA. E por falar nessa velhice. Campinas: Papirus; 2000. p. 81-90.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

66 Idoso e Cidadania: A Lógica da Exclusão

Ausonia Donato
Cilene Swain Canôas

Introdução

Na publicação "Direitos Humanos e Cidadania", da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, por meio da Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, estão alguns aspectos fundamentais sobre cidadania e direitos humanos em pessoas idosas. Segundo o constante nessa publicação os direitos humanos são uma faculdade concedida pela lei de praticar um ato, de possuir, de usar, de exigir ou de dispor de alguma coisa. É também o complexo de leis ou normas que regem as relações entre os homens. Cidadania é o conjunto das liberdades que se expressa pelos direitos civis: de ir e vir, de ter acesso à informação, de ter direito ao trabalho, à fé, à propriedade e à justiça; poder votar e ser votado; participar do poder político; ter acesso à segurança e desfrutar de bem-estar econômico. Estas definições deixam claro que o princípio da igualdade é um direito a ser conquistado — algo ainda muito distante, pois o que se vê são desigualdades, preconceitos e discriminações. O que se vê é uma sociedade que tem diante de si o crescente aumento do número de idosos e reluta em aceitá-los.

Atualmente, todos falam em cidadania. Todos almejam ser cidadãos. Muitos de nós temos como ofício permitir que a cidadania aconteça. No entanto, temos conseguido mais palavras do que ações. A cidadania é bem maior que a simples intenção e se concretiza a partir do processo das relações sociais, historicamente determinado.

Os profissionais que trabalham com idosos e acreditam na importância de considerá-los cidadãos válidos devem fazer uma profunda reflexão sobre o assunto para que cidadania não faça parte apenas de seus propósitos e fraseologia. Cidadania não pode ser vista como a moda do momento que, deste modo, pode virar uma panacéia.

Nesse sentido apresentamos alguns conceitos nucleares — democracia, cidadania —, não como um exercício de cognição e retórica, mas como um convite a essa necessária reflexão.

Nossa intenção é oferecer algumas pistas para estimular profissionais que buscam a verdadeira dimensão de seus clientes/pacientes idosos.

A Lógica da Exclusão

Democracia

A democracia é um problema central do mundo moderno, mas é bastante complicado pelas interpretações que a ela são dadas, através de alinhamentos políticos e culturais.

Ninguém é contra a democracia em geral, mas deseja uma certa democracia. A democracia é, então, um valor universal, mas que se constitui num todo com vários estratos. Lenin afirmou que não há democracia pura; ela é sempre burguesa ou proletária. Por isso, ela aparece sempre adjetivada como estratos de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

um mesmo todo. Essas "camadas" da democracia são em geral caracterizadas por designações, tais como: a liberal, que se atém aos procedimentos e às liberdades individuais; a estritamente democrática, que dá ênfase à soberania popular; e a socialista, que se firma na igualdade das condições de exercício de poder e participação. Atualmente já é possível encontrar reunião desses componentes, embora sempre muito bem detalhados individualmente para não perderem suas características originais.

Aparece neste momento o debate sobre o valor. Um conjunto de regras rege cada tipo de democracia. Regras que se identificam com os princípios que norteiam o valor atribuído àquela democracia.

Existem vários aspectos dessa questão para serem levantados, mas dois nos interessam muito, tendo em vista o que colocaremos mais à frente sobre a cidadania do idoso.

Para conhecer a anatomia do Estado deve-se procurar conhecer como está a sociedade civil. Qual a relação de igualdade real X igualdade formal em dada sociedade. A sociedade civil e as relações de igualdade real *versus* igualdade formal identificam as desigualdades sociais, e é possível, dessa forma, conhecer como vivem os idosos em dada sociedade.

Os governantes brasileiros podem nos falar em modernidade, em Primeiro Mundo, em melhor distribuição de renda, em melhoria de qualidade de vida, em respeito às liberdades individuais, enfim, podem nos falar sobre todas essa regras que fazem parte de uma democracia, mas ao verificarmos como está a sociedade civil percebemos que seus discursos são plenos de falácias e vazios de vontade política. Em relação à igualdade real X igualdade formal deparamos com muitos desencontros e é aí que se podem identificar, por exemplo, preconceitos reais em relação aos pobres, às mulheres, aos velhos, aos negros, às crianças de rua.

Daí a importância de situar o problema na história do país, acompanhando os períodos por que tem passado a democracia brasileira e a conseqüência na vida de seus cidadãos. É preciso, muitas vezes, rever as regras do jogo.

Cidadania

A cidadania como direito natural existiu nas sociedades greco romana e feudal, sociedades aristocráticas, que privilegiavam direitos restritos a determinadas classes ou grupos sociais.

Os privilégios da sociedade aristocrática, recortados pela luta de classe e especificados junto à atividade trabalho, contrapõem nitidamente essa sociedade do não-trabalho à sociedade do trabalho que lhe sucede: o capitalismo.

Assim, pode-se demarcar a luta pela conquista, ampliação e defesa da cidadania como um movimento da extensão da cidadania, como história da luta pela ampliação de direitos.

O movimento sindical que emerge na sociedade do trabalho qualifica de maneira nova os direitos do cidadão. Esses novos direitos, que podem ser contratados, consignados e consensuados pelo Estado como direitos civis, consolidam-se nas constituições burguesas e são ampliados pelo movimento da classe trabalhadora, que desenvolve movimentos de desejo cada vez mais vigorosos para ampliar conquistas para o conjunto da sociedade civil e do Estado, que se modificam.

O forte movimento social do século XIX, que consolidou o Estado burguês, marcou de forma diferente os direitos humanos, estendendo-os como direitos políticos, que passam a ser contraditórios, pois expressam direitos antagônicos entre classes que as demarcam no social, como direitos políticos do capital e do trabalho.

As lutas operárias do final do século XIX e início do século XX marcaram a força do movimento social na longa luta pela conquista e ampliação dos direitos sociais e individuais.

A trajetória dos movimentos sociais aponta para a construção, na luta cotidiana e na sociedade civil, de um espaço da cidadania que assume formas originais, tanto no campo individual quanto na sua forma coletiva. É a força dos direitos coletivos que plasmam, no mundo do trabalho, a articulação de forças sociais que dão suporte e vigor à democracia.

Há uma proposta materialista histórica e dialética para analisar a cidadania. Essa proposta possibilita uma interpretação qualitativa da cidadania e extensiva para todos. Essa proposta opõe-se à concepção da cidadania nos marcos do neoliberalismo que, ao reforçar a cidadania dos detentores do capital, exclui a maioria da sociedade, que se identifica antagonicamente com o mundo do trabalho, ou seja, contrapõe-se ao econômico a prevalência do político e do social.

Temos convicção de que todos os brasileiros poderão vir a ser cidadãos, na medida em que transitem por um processo de compreensão da própria individualidade para a compreensão de sua participação

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nos sujeitos coletivos. Esse processo de ascensão da cidadania valoriza a fala dos atores significativos que, na medida em que é situada em seu contexto social, traduz um modo de vida que é melhor compreendido, pois a compreensão é o ponto de partida, que se obtém do interior da fala dos sujeitos coletivos. Ela também é o ponto de chegada, na medida em que traduz um campo de especificidade histórica e totalizante, porque produz a fala. Essa fala revela um modo de vida relacionado à conjuntura socioeconômica e política o qual, interpretado, traduz uma forma provisória e aproximativa da realidade em movimento.

Por Que os Idosos São como São: A Lógica da Exclusão

Para se compreender a cidadania é necessário refletir sobre a questão da consciência de si (individual) e da consciência da classe trabalhadora na luta pela construção de uma democracia mais justa e igualitária. Somente assim poderíamos entender como a maioria da população exerce sua cidadania, pois o cidadão goza de igualdade abstrata e procura conquistar, à custa de esforço de articulação política, a igualdade nas condições reais de vida.

Entender como os brasileiros exercitam sua cidadania no momento nos remete a um passado recente, que nos dá os fatos históricos acontecidos, determinantes da atual situação e que nos revelam um processo histórico de exclusão social.

Até 1930, a cidadania brasileira era bastante incipiente, e a maioria dos segmentos da população não era considerada como cidadã. Este período caracteriza-se pela cidadania dos excluídos: os trabalhadores e as mulheres foram os que mais se bateram, no período, por seus direitos. Os primeiros por estarem totalmente desprotegidos, sem leis trabalhistas, o que os colocava em situação de subserviência em relação aos poderosos patrões. As mulheres porque queriam votar, ser consideradas em suas peculiaridades nas leis trabalhistas, com medidas de proteção à maternidade e respeitadas em seus direitos civis.

No período de 1930 a 1950 foi estabelecida uma cidadania estratificada, isto é, são cidadãos aqueles que estão ligados ao processo produtivo, desempenhando ocupações reconhecidas e definidas por lei. Daí a importância dada ao reconhecimento das profissões e da existência, no movimento social, da cidadania das multidões silenciosas.

As mulheres conseguiram, nesta época, após muitas campanhas, votar, serem votadas e ter essa condição no Código Eleitoral Brasileiro. Mas ainda eram consideradas pré-cidadãs, pois em geral não ocupavam lugares muito bem definidos no campo do trabalho. Em 1943 criou-se a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), que veio reafirmar a cidadania regulada pelo Estado, fazendo concessões ao trabalho da mulher e do menor, em termos de declarações políticas de boas intenções.

Após 1943 inicia-se uma fase de redemocratização no país com a política liberal do General Dutra. Esse liberalismo, que se fundamenta no individualismo das iniciativas, dificultou o desenvolvimento da política operária, com reflexos negativos na política salarial; por conta disso é necessário reprimir a classe operária e controlar a cidadania.

Em 1951 é eleito Getúlio Vargas que, tentando imprimir uma nova realidade, define a cidadania regulada pelas profissões, pela carteira de trabalho e pelo sindicalismo corporativista. Como um estadista, ele permite a participação das classes populares dentro de limites regulados pelo próprio Governo.

Eleito Juscelino Kubitschek (1956-1960), o governo democrático, com um bem definido planejamento econômico, teve em contradição uma prática autoritária no tocante à participação popular. Fica clara a cidadania regulada pelo Estado. Foi, contudo, nos anos 1960, que o movimento social ganhou alento entre os jovens, que romperam a barreira do silêncio, do consentimento, rejeitaram a era McCarthy e sua neutralidade diante da guerra fria e a luta pela cidadania dos negros, mulheres, jovens.

Inicia-se, então, o período de democracia representativa com Jânio Quadros e João Goulart: o debate público se dinamiza em torno das reformas de base, é intenso o processo de politização e, como conseqüência, há uma radicalização dos partidos de esquerda e de direita.

Em 1962, as mulheres das classes dominantes organizaram grupos em defesa das instituições (família, propriedade, religião); as mulheres que não tinham nenhum engajamento político foram fortemente manipuladas pelas primeiras e se associaram nos movimentos que utilizavam, principalmente, a religião como bandeira. Foram esses movimentos que organizaram as Marchas com Deus pela Família e a Liberdade nos dias em que começava o grande período de exclusão social, com o golpe militar de 1964.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Deflagra-se um processo de recesso da cidadania. Mas a história é dinâmica e, apesar da não-cidadania dos brasileiros, os fatos novos não permitiram o engessamento de nossa realidade. Acontece a revolução cultural e sexual em 1968 na França, com repercussão em todo o mundo, inclusive no Brasil. As idéias novas levaram a questionamentos e debates que mudavam modos e formas de viver.

Nos anos 1970 há um crescimento industrial no Brasil que estimula o êxodo rural. Em busca dos novos empregos, famílias chegavam da zona rural e tentavam se fixar nos centros urbanos, mas as vilas operárias que existiam próximas às fábricas não agüentaram a demanda, e a classe operária foi formar novos bairros na periferia, desprovida de infra-estrutura básica. Daí surgiram inúmeros problemas para a vida dessas famílias, que perceberam que era necessário se organizar para reivindicar, principalmente através de ações femininas, tanto no meio urbano como no rural. O papel desempenhado pelas mulheres foi exemplarmente político. Fundam os clubes de mães com esse objetivo, utilizando esse rótulo pela possibilidade de aceitação, como forma de resistência. Mais tarde, esses clubes passaram a se chamar grupos de mulheres, para não serem restritivos.

Em 1978, em pleno vigor da cidadania tutelada pelas "salvaguardas democráticas" do Governo Geisel, acontece um trabalho incansável de convencimento da população em depositar seus nomes em um abaixo assinado contra a carestia, por aumento de salários e pela reforma agrária. O resultado foi de um 1,3 milhão de assinaturas que foram, literalmente, jogadas no lixo pelo General Figueiredo. Embora com esse aparente insucesso, teve o mérito de deflagrar um período de muitas manifestações e revigoramento pelo caráter político do movimento social.

Acontece em seguida uma grande campanha nacional pela anistia, movimento que tinha como principais assuntos a liberdade e a violência contra presos ou exilados.

Essas questões sociais passaram a ser de todos, e estava deflagrado o processo de reconstrução da cidadania. O país chegava ao final dos anos 1970 e três fatos maiores motivaram este novo período: o movimento sindical brasileiro revigorou-se a partir dos movimentos do ABC, estruturando um partido político expressivo, o Partido dos Trabalhadores (PT), organizado a partir das lideranças de esquerda, oriundas dos partidos que viveram na clandestinidade nas últimas décadas. Esse sindicalismo assume a luta pela cidadania das classes populares. Segmentos esquecidos como, por exemplo, os trabalhadores rurais, passam a ser vistos como cidadãos e estimulados em suas lutas: a campanha das "Diretas Já", resultante da ânsia de todo o povo brasileiro, teve o mérito de mobilizar todo o país e estimular as pessoas dos mais diferentes modos de vida a saírem às ruas sem o medo que haviam adquirido no período anterior; a Assembléia Constituinte, o processo constituinte que importou ao cidadão pelo que representou em seu cotidiano, ou seja, experimentou ou vivenciou mais liberdade e igualdade nas relações sociais.

A mobilização de segmentos da sociedade em torno de questões básicas propiciou às pessoas em geral esses sentimentos inerentes à construção da cidadania. Se da cidadania de segunda categoria passamos a uma cidadania de trabalhadores estamos ainda divididos entre a lógica da igualdade e a da diferença; reconhece se uma sociedade em que homens, mulheres, velhos, jovens, negros e brancos são iguais em direitos e obrigações, mas onde a exclusão existe e só será superada a partir de ações dos próprios excluídos, na tomada de consciência para sair desse estado e defenderem na luta social seus interesses e direitos democráticos.

A extensão e o conteúdo da cidadania, no entanto, variam conforme as metas e os objetivos que o Estado traça para a sociedade. Desta forma, podemos concluir que a cidadania estará sempre dentro dos limites possíveis do Estado burguês, como na sociedade neoliberal em que vivemos.

Os direitos sociais são motivo de exclusão quando se dirigem a alguns cidadãos, os que trabalham com contrato assinado, ficando de fora uma legião de brasileiros. Os excluídos, no entanto, são os que deverão lutar por seus direitos.

Parece nos redundante lembrar que os idosos foram brasileiros que passaram por todo esse processo histórico. A história nos demonstra como fomos tutelados e obrigados a obedecer na maior parte do tempo; sem dúvida, isto gerou uma legião de não-cidadãos, de excluídos, de desiguais. Tratados como menores, nos tornamos menores. A mesma história, no entanto, nos mostra que é possível às pessoas se modificarem, compreendendo sua situação individual e participando de sujeitos coletivos.

A cidadania, como direito natural, esteve sempre associada ao privilégio. De forma aberta e clara na sociedade greco-romana e na Idade Média, onde os direitos de cidadania eram restritos a determinadas "classes"

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ou grupos. Por isso a história da extensão da cidadania é a história da luta pela ampliação de direitos. No século XVIII surgem os direitos civis. No século XIX, os direitos políticos. E no século XX, os direitos sociais.

Na Tabela 66.1 encontra-se o quadro representativo do reconhecimento dos direitos sociais no Brasil.

Tabela 66.1 Reconhecimento dos Direitos Sociais no Brasil, Segundo as Décadas em que Ocorreram

Décadas	*Direitos*
1930	Salário mínimo Jornada de trabalho Férias Repouso remunerado Trabalho do menor Indenização por dispensa Assistência médica e previdência social (velhice, invalidez e morte) Acidente do trabalho e assistência aos necessitados
1940 e 1950	Ampliação dos direitos sociais = direito + garantia
1960	Reformas de base para ampliar ainda mais os direitos = efetivação na prática
1970 e 1980	Retrocesso na conquista de direitos dos cidadãos
1990	Novos direitos econômicos, políticos e sociais

É Possível Superar a Exclusão?

Comportamentos dos Excluídos: o Usuário e o Consumidor

Situando-nos no século XX, como já vimos, a palavra *cidadão* está sempre associada ao "direito social"; assim, nos deparamos com a existência de um conjunto de dimensões do ser social, tais como usuário, consumidor e cidadão.

O usuário se caracteriza por uma ausência de percepção de sua condição de ser social, por uma recepção passiva das informações veiculadas pela mídia e pela alienação própria e dos outros na sociedade. Assim é que frases como "um dever do Estado, um direito do cidadão" não têm significado para ele, como se estivesse de fora, e quando lhe oferecem algum serviço, recebe-o como um favor ou bondade. Sente-se valorizado quando dispensam alguma atenção às suas necessidades. A resposta está sempre no plano material, omitindo qualquer participação no plano político-social. O usuário freqüenta os serviços públicos porque, segundo sua percepção, "não tem direito a nada" e apresenta um sentido de gratidão pelo serviço público que o acolheu. Por exemplo, ele diz: "Vim ao Hospital das Clínicas ou à Santa Casa porque não tenho direito a convênio médico." O idoso usuário, comumente, quando procura um serviço público, leva algum tipo de presentinho (balas, chocolates etc.) para ganhar a simpatia da recepcionista e ser bem acolhido.

O consumidor se caracteriza por um nível de apreensão de sua condição de ser social de possuidor do poder de compra, que é representado como direito. Desta forma, briga por seus direitos individuais porque, afinal de contas, pagou por eles. Percebe os direitos sociais como algo pessoal e não como conquista histórica dos povos. As atitudes do consumidor são sempre caracterizadas pelo egocentrismo e individualismo: é sempre muito "esperto" e grita que tem direitos, já que pagou por eles.

Pode-se e deve-se perguntar o porquê da existência, num mesmo contexto dessas dimensões de seres sociais: por que existem e coexistem usuários, consumidores e cidadãos? O ser humano, na busca da liberdade, não a procura sempre com a mesma determinação porque o seu grau de entendimento do mundo não é hegemônico.

As sociedades, pela história das classes que as compõem, são mais ou menos abertas às conquistas das mesmas. Contudo, as formas do Estado nem sempre coincidem com a da sociedade civil, mas, ao contrário, lhes refreiam os impulsos, e freqüentemente desrespeitam os indivíduos sob a justificativa e os disfarces mais diversos.

A Cidadania Ativa

Ser desigual subentende ter força diferente diante de alguma coisa ou situação. Ser diferente é a essência da originalidade de cada um. Nessa sociedade tão marcada pela desigualdade, onde ser excluído é quase natural, com tradição de governos reguladores, surge o texto constitucional de 1988, propondo igualdade de princípios entre homens e mulheres, entre jovens e velhos e entre brancos e negros.

Temos certeza de que todos os indivíduos poderão vir a ser cidadãos. Terão, no entanto, de passar por um processo de compreensão da própria indivi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dualidade para depois poderem compreender sua participação nos sujeitos coletivos.

Fica claro que a cidadania ativa vai bem além de votar e ter alguns direitos sociais, feitos em verdadeiras doações de governantes. Ser cidadão é compreender e saber situar a própria existência e, junto com seus parceiros, lutar por benefícios e direitos, também coletivos.

Conclusão

O Estado, à medida que as relações sociais de produção se tornam complexas, reordena suas ações, instituindo políticas e criando organizações prestadoras de serviços específicos.

A implementação dessas políticas espraia-se pela prática de diversos profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, professores, enfim todos que lidam com pessoas e que têm como campo de trabalho a administração e a prestação de serviços.

Se o Estado, para realizar tais políticas, trabalha com verbas arrecadadas através de impostos pagos pela própria população, assim toda a população teria direito às mesmas. Mas as políticas sociais procuram responder às necessidades dos excluídos, dos desiguais, reafirmando essas características.

Lembramos que é na luta dos sujeitos coletivos, que antes poderiam estar na condição de excluídos, que a cidadania se constrói historicamente. A prática profissional, quando refletida e fundamentada sobre princípios, poderá dar condições para que o processo aconteça.

Julgamos que os profissionais têm que saber lidar com as contradições geradas nas desigualdades, nas diferenças, nas especificidades, sem exclusão e sem sujeição, em qualquer instância das relações sociais, para saberem cumprir sua intervenção. O que estará em jogo será a luta pela conquista da igualdade, da cidadania e dos direitos, contra a violência da sujeição, para que as pessoas possam se complementar numa sociedade que apresente possibilidade de realização humana.

Voltamos, então, ao tema central deste texto, os velhos e a questão da cidadania. O que esperar desses homens e mulheres, envelhecidos em sucessivos períodos governamentais de tradição protecionista, quando se tirou a possibilidade mais sofisticada da inteligência humana, que é a de conhecer a realidade, criticá-la, refletir, tomar decisões, enfim, ser sujeito da própria história?

Os velhos em nossa sociedade são protegidos, como se isso fosse respeito. A proteção barra seu desenvolvimento como pessoa, que só cessa com a morte.

Nós, profissionais conscientes e cidadãos, podemos estimulá-los a serem cidadãos livres, válidos, respeitados pelo que são e não por seus cabelos brancos.

Bibliografia

1. Almeida VL et al. Estatuto do Idoso: aspectos jurídicos, sociais e culturais. In: Revista Kairós, Programa de Estudos de Pós-Graduados em Gerontologia. PUC-São Paulo; 2004; 127.
2. Basbaum L. História sincera da república. 4 vol., 4 ed. São Paulo: Alfa-Ômega; 1976.
3. Borges CMM. Gestão Participativa em Organizações de Idosos. Instrumentos para Promoção da Cidadania. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1037.
4. Canôas CS. A condição humana do velho. 2 ed. São Paulo: Cortez; 1985.
5. Demo P. Cidadania menor. Algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política. Petrópolis: Vozes; 1992.
6. Donato AF et al. Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo; 1993.
7. Gueiros MJG. Serviço social e cidadania. Rio de Janeiro: Agir; 1991.
8. Ianni O. Estado e planejamento econômico no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1977.
9. Jordão Netto P. Ditadura e serviço social. Uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez; 1991.
10. Minayo MC Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e sabedoria. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2004.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

67 A Mídia e o Idoso

Hermínia Brandão

Tem gente que até hoje pensa que o meu negócio é vender computador. Muitos ainda não entenderam que o meu interesse está no maior capital do futuro: a informação. Só fico imaginando o que aconteceria no planeta hoje se todos os 600 milhões de idosos do mundo, usando sua experiência e sabedoria, se interligassem pela Internet. Seria uma revolução sem precedentes e o mundo jamais seria o mesmo.

Bill Gates, da Microsoft

Introdução

A frase dita pelo homem mais rico do mundo, controlador da chamada "mídia do futuro" é um interessante ponto de partida para a reflexão do tema que vem listando cada vez mais adeptos acadêmicos, entrando na lista dos livros técnicos e produzindo inúmeros artigos pelos mais diferentes profissionais: a mídia e o idoso.

Qualquer consideração e estudo são incapazes de acompanhar a velocidade que os novos meios de comunicação estão empreendendo na divulgação de informações, o que significa que, desde o momento em que essas linhas foram escritas até agora, enquanto você lê, uma série de novos meios de comunicação foram criados.

O conteúdo do estudo acadêmico — em qualquer área do conhecimento — não tem a obrigatoriedade de se relacionar com o momento atual e, na maioria das vezes, é o distanciamento das suas análises que se torna fundamental para o entendimento da História.

Essa não é uma verdade para a prática do dia-a-dia dos trabalhos dos meios de comunicação, principalmente para a chamada grande mídia, que atinge milhões de pessoas num só instante através da televisão e do rádio. O compromisso com o aqui e agora é a alma desses veículos, que a cada instante precisam se superar diante da velocidade das informações. Esse é o fato, o que não implica que devemos concordar, mas é preciso entender como eles funcionam para melhor explorá-los.

É claro que a mídia merece crítica. Nos meios eletrônicos, em boa parte dos programas e reportagens falta conteúdo ao arrolar fatos e detalhes menos importantes para a compreensão do grande público, desde que chamem mais a atenção. Muitas vezes, a rapidez exigida pelos veículos não oferece subsídios fundamentais para ajudar as pessoas a refletirem sobre o que realmente está sendo abordado. O evento pontual fica muitas vezes solto exatamente pela falta do antes e do depois dos fatos. A mídia escrita, os jornais e as revistas, ainda mantém a característica de análise e opinativa, mas também padece cada vez mais do destino de repercutir o que foi estampado na tevê, quando até poucos anos atrás era exatamente o contrário.

Centenas de trabalhos produzidos dos anos 1970 aos 1990, principalmente nos EUA, recheados com dados estatísticos e números comparativos retirados

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de amostragem dos mais importantes institutos de pesquisa do mundo, atestaram o quanto a imagem do idoso foi apresentada, durantes décadas, pelos meios de comunicação de uma forma estereotipada. Em comerciais de tevê, em programas de humor, em filmes e novelas, as características negativas do envelhecimento eram — e infelizmente ainda são — não somente mostradas, mas também enfatizadas de forma desagradável e negativa, principalmente com relação às suas habilidades físicas, saúde, sociabilidade, personalidade e capacidade de trabalho.

O que no entanto se coloca como desafio urgente para todos os profissionais envolvidos com o envelhecimento saudável é o seguinte debate: se na condição do mundo atual, em que é impossível atingir as populações sem o auxílio desses meios, não é mais proveitoso entender como eles realmente funcionam e procurar furar o bloqueio do sensacionalismo, com qualidade e formas criativas? É realmente possível fazer isso? Quais são os exemplos vitoriosos?

O discurso de que as empresas dirigidas pela mentalidade capitalista visam apenas o lucro, que colocam a indução à compra de produtos com maior peso do que a análise da informação e que a concorrência criou um padrão estereotipado do idoso é verdadeiro. No entanto, o debate fica empobrecido se ele for centrado só nessa idéia, como vêm demonstrando a maioria dos artigos e trabalhos que pretendem discorrer sobre o tema da mídia e o idoso, nos últimos anos. E fica até difícil de entender quando se percebe que muitas vezes aqueles que protestam contra a voracidade capitalista e diminuem a importância dos profissionais de comunicação que lutam internamente nos seus veículos para melhorar as suas produções são financiados por esse mesmo capital.

No Brasil e na América Latina, para falar dos mais próximos, temos exemplos "engraçados" de personagens politicamente incorretos que ainda hoje estão vivos na nossa lembrança. Por exemplo, a velhinha do programa de humor "A Praça É Nossa", que há décadas perpetua a idéia que o que velho fica "surdo e gagá e confunde tudo", ou ainda a Bruxa do 71, uma idosa do seriado mexicano "Chaves", produzido do início dos anos 1970, que ainda é visto por milhões de expectadores em dezenas de países, em que a personagem é motivo de chacota pela sua rabugice e intolerância creditadas ao fato de ela ser velha. Ambos em redes populares e recordistas junto ao público infantil.

É possível no entanto, apontar alguns desafios vencidos pelos movimentos sociais organizados e por segmentos pontuais — que apesar de defenderem posições contrárias aos grandes conglomerados, conseguiram se tornar manchete nesses espaços antes a eles negados e transformar as maquininhas em aliadas na educação de seus propósitos.

Bons Exemplos

As Mães da Praça de Maio, no início dos anos 1970, sofreram, mas romperam o cerco da grande mídia latino-americana no período mais duro das ditaduras do continente por meio de pressão nos meios de comunicação locais através da mídia estrangeira e de publicações segmentadas que se alternavam para driblar a censura militar na Argentina. Passados 30 anos, com o país redemocratizado, a economia estabilizada e as empresas tentando varrer as lembranças "dos tempos difíceis", lá estão elas de volta como as Avós da Praça de Maio, agora mais velhas e não menos persistentes.

As Vovós em Fúria, nascidas no Canadá nos anos 1990, um grupo de idosas aliadas ao Greenpeace, que tomam a frente das manifestações dos ecologistas quando eles duramente criticam os governos e as multinacionais por desastres ambientais, foram censuradas por muito tempo, até porque as empresas de petróleo são as grandes patrocinadoras dos meios de comunicação e quase sempre também os alvos dos protestos. Hoje, elas estão presentes com grupos correspondentes em vários países e se tornaram exemplo da militância idosa.

No Brasil, em 1996, no mesmo dia que o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso assinava, num encontro internacional promovido na sede do Itamaraty, em Brasília, a Lei 8.842, que promulgou a Política Nacional do Idoso, uma série de comerciais de tevê e rádio apresentava conhecidos atores de novela caracterizados como muito velhos, desmemoriados, vendendo o plano de pré-aposentadoria de um dos mais importantes bancos do país. A reação popular negativa ao fato de mostrar que todo velho ficaria assim — detonada por um movimento organizado de São Paulo — foi muito forte e, embora até hoje a diretoria de marketing da instituição negue, comenta-se nos bastidores que milhões de reais tiveram que ser renegociados pela interrupção de contratos publicitários assinados. O fato até hoje é dado como exemplo de criação inapropriada nos cursos de publicidade. Infelizmente, no Brasil são raros os bons exemplos dessa natureza, principalmente nos últimos anos.

Não devemos ser ingênuos em acreditar que somente a boa vontade e uma série de tabulações estatísticas mudarão o confronto com forças tão poderosas,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mas não podemos duvidar de que será mostrando as vantagens que todos os segmentos terão com a mudança de comportamento da sociedade que os meios de comunicação se abrirão para uma nova abordagem do papel do idoso na sociedade.

Um exemplo bastante elucidativo é o que ocorreu com o Movimento Gay. Muito mais rejeitados que os idosos, nos últimos anos os homossexuais conseguiram vencer a barreira religiosa e conservadora e, com a publicidade das maiores redes de tevê, incluíram a Passeata Gay no calendário oficial de quase todas as capitais do mundo. O apelo foi menos pela defesa das diferenças e mais por mostrar que representam um segmento de consumo, com necessidades especiais e um marketing próprio, que representa milhões de dólares em produtos e serviços. Hoje, milhões de famílias pelo mundo afora abandonaram a postura agressiva em relação aos homossexuais e até levam seus bebês para passear nas suas coloridas e alegres manifestações. Serviu mais à causa homossexual aprender a usar a própria mídia do que produzir teses contra ela.

O Idoso na Mídia

Se considerarmos o período dos últimos dez anos no Brasil, para fazermos coincidir com a última edição deste livro (1996-2006), vamos observar que os meios de comunicação mudaram muito — e para melhor — sua abordagem em relação aos idosos. Se ainda está longe do ideal, que será transformar os idosos de fardo da economia em pessoas integradas à sociedade, pode-se afirmar que o rumo está correto.

Nunca se falou tanto de idosos, velhos, terceira idade, melhor idade, maturidade e seniores na imprensa brasileira e mesmo na internacional. Por que? Estão falando, escrevendo e mostrando a realidade? Qual é a realidade do velho brasileiro? Qual é a realidade dos velhos dos demais países?

Nunca tantas publicações foram lançadas para entender o que será nas próximas décadas um mundo cada vez mais cheio de velhos. No Brasil, embora ainda tenham muitas dificuldades em manter seus títulos no mercado, estima-se que nos últimos nove anos tenham sido lançadas 15 revistas especializadas, cinco jornais, um guia e mais de 50 endereços na Internet sobre o envelhecimento saudável.

Vários eventos nessa última década serviram de marco histórico para que os meios de comunicação abrissem a discussão sobre o envelhecimento.

Em 1996, um encontro ocorrido em Brasília com a presença de dezenas de países, capitaneado pelo médico brasileiro Alexandre Kalache, que desde 1995 coordena em Genebra, na Suíça, o Programa de Envelhecimento e Curso de Vida, da Organização Mundial de Saúde, repercutiu internacionalmente a necessidade da criação de políticas nacionais para os idosos. A lei brasileira assinada no final do encontro foi considerada na época a mais moderna do mundo, e a maioria dos países representados não tinham uma semelhante em seu país. O evento ocorreu logo após uma tragédia no Rio de Janeiro, quando dezenas de idosos morreram vítimas de maus-tratos na Clínica Santa Genoveva, uma casa de repouso que figurou durante meses na imprensa.

1999 foi o Ano Internacional do Idoso, promovido pela ONU. Embora o Brasil tenha decepcionado a expectativa do volume de "comemorações", partiu das empresas privadas o maior número de eventos alusivos, o que ainda assim fez aparecer importantes reportagens comparativas sobre a situação dos idosos do Brasil e de outros países.

No dia 28 de fevereiro de 2002, a ONU divulgou em Nova York um mapa do envelhecimento mundial, um dos documentos mais completos já organizados sobre o tema, que destaca as condições de vida dos idosos em todos os continentes, ratifica que a maioria dos idosos é do sexo feminino, indica que a faixa etária que mais cresce no planeta é a dos centenários e aponta que pessoas que têm parentes longevos têm quatro vezes mais chance de viver até os 90 anos. Nesse mapa, pela primeira vez um documento da ONU aprofundou a questão da violência contra o idoso no seio da família e da solidão das pessoas depois que se afastam do dia a dia dos seus empregos. A CNN, principal rede de tevê nos EUA, fez uma série de programas especiais sobre a acessibilidade dos idosos nas grandes metrópoles, o que inspirou o Canal Futura, da Fundação Roberto Marinho, a fazer uma série semelhante intitulada *De Frente pra Vida*. Essa série nacional acabou servindo de modelo para outras produções realizadas por estúdios independentes, mas nem todos chegaram às emissoras do país. Infelizmente, a audiência pequena se limitou aos assinantes de tevê a cabo, ainda minoria entre os idosos.

Também em 2002, no período de 8 a 12 de abril, foi realizada em Madrid a II Assembléia Mundial do Envelhecimento, promovida pela ONU, que contou com a representação de 160 países que aprovaram um Plano de Ação Mundial, revisando as metas da I Assembléia

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ocorrida em 1982 na Áustria. Dentre as ações do novo plano destacaram-se fortes recomendações aos governos sobre Aposentadoria, Atenção à Saúde, Solidariedade Intergeracional, Pobreza e Desenvolvimento e Abandono e Maus-tratos. Uma proposta defendida por quase todos os países, com grande repercussão na mídia internacional, mas que acabou vetada, foi à criação de um organismo, semelhante a Unicef, voltado para os idosos.

A Rede Globo, em 2002, colocou como um dos temas centrais da novela de maior audiência da época a violência contra o idoso, o que gerou muita polêmica e antecipou parte dos debates que seriam promovidos pela igreja católica no ano seguinte. Foi um momento importante de trabalho sobre idosos, já que o brasileiro gosta de novelas e realmente sente a sociedade retratada nas suas tramas.

Em 2003, a Campanha da Fraternidade, promovida anualmente pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), no período da Quarta-feira de Cinzas até o Domingo de Páscoa, teve como tema *A Fraternidade e as Pessoas Idosas* e levou o debate para os 124 milhões de católicos que atuam junto às dez mil paróquias do Brasil. Acabou ampliando a discussão, que se tornou ecumênica, e foi debatida também em templos de várias outras religiões.

Em 1º de outubro de 2003, Dia Internacional do Idoso, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou a Lei 10.741 criando o Estatuto do Idoso, que vinha sendo discutido e emendado pelas diversas comissões do Congresso Nacional havia dez anos.

Ainda em 2003, o então Ministro da Previdência Social, Ricardo Berzoini, determinou o recadastramento de todos os pensionistas com mais de 90 anos de idade sob pena de suspensão imediata do pagamento dos benefícios. A convocação para que todos os pensionistas provassem que estavam vivos naquela data foi feita de forma desastrosa e o Brasil inteiro assistiu a filas e filas de idosos, sozinhos ou acompanhados por parentes e amigos, precisando ou não de cadeiras de rodas, bengalas ou muletas para se locomover, nos postos do INSS.

Somente esses fatos — para citar alguns dos mais divulgados — foram suficientes para dar uma nova abordagem ao papel do idoso. Por ironia, eles influenciaram muito mais fortemente ao segmento publicitário do que propriamente a imprensa.

O Que É a Mídia no Brasil

Embora de uma maneira geral o termo mídia tenha se tornado popularmente um sinônimo de rádio, tevê e grandes jornais e revistas, na verdade a mídia profissional trabalha com inúmeros espaços que podem gerar impactos dependendo da forma que forem utilizados. Assim, fazem parte da mídia no Brasil mais de 30 mil estações de rádios (AM e FM); mais de dez mil jornais sendo mais de 500 diários; mais de dois mil telejornais (tevês abertas e fechadas); mais de dez mil espaços de *outdoors* e painéis luminosos de rua; mais de 100 mil espaços em ônibus e mais de três mil salas de cinema.

Como Enxergar a Mídia no Brasil

A reserva de mercado que a ditadura garantiu para a mídia brasileira como "proteção" perdurou até 1995, quando realmente começaram a surtir na área de comunicação os efeitos do Plano Real que no ano anterior havia criado uma nova moeda e um novo parâmetro para a economia brasileira. A freada da inflação e a possibilidade de comprar a prazo de forma planejada fez com que do início de 1995 até junho de 1999 fossem vendidos 35 milhões de novos aparelhos de tevê, o que resultou num índice — em menos de cinco anos — de 88% dos lares brasileiros com uma tevê e 30% das casas com mais de um aparelho.

Essa venda significou uma nova audiência formada por classes mais baixas que assistem aos programas em horários mais cedo (estão dormindo na hora dos programas mais analíticos) e que passaram a exigir mais do que novelas açucaradas e enlatados de segunda classe. As redes não estavam preparadas para essa comunicação de massa do "povão". A Globo, que durante anos se concentrou em tecnologia e organização dos seus padrões nos moldes da CNN, impondo o seu "controle de qualidade" para as demais, nesse momento perdeu espaço. As concorrentes sem o peso do aparato tecnológico responderam rápido criando programas popularescos e abrindo espaço para grupos da "cultura Tchan", personagens como "Tiazinha" "egüinha pocotó" e muito mais "peladas". No jornalismo o modelo "Aqui e Agora" criou filhotes. Surgiram clones e clones do fenômeno "Ratinho", de um denuncismo escrachado e sem qualquer compromisso com a informação.

Qual Mídia Interessa?

Estar no rádio e na tevê é fundamental para se fazer comunicação de massa.

Quando se trata de falar ou escrever para o idoso a mídia segmentada ganha um espaço fundamental no Brasil. O perfil da população idosa do começo dos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

anos 2000 apontava para uma maioria formada por mulheres, com uma grande parcela analfabeta funcional e outra grande fatia que, independentemente da classe econômica a que pertencia, não tinha hábito de leitura. Entre os homens aposentados, muitos declaram que deixaram de ler os jornais diários porque os assuntos já não os interessam mais. Assim, através de um trabalho dirigido pode-se chegar aos grupos de idosos. O Guia Brasileiro da 3ª Idade tem cadastrados, só em São Paulo, cerca de três mil grupos organizados atuando nesse segmento, e estima que existam mais de dez mil em todo país, com uma média de 200 pessoas em cada um. Somente as duas maiores centrais sindicais do país apontam o funcionamento de mais de duas mil associações de aposentados, pensionistas e veteranos no território nacional com uma média de três mil pessoas em cada uma delas. Esses idosos organizados se abastecem de informação, fora as de tevê e rádio, dos boletins, revistas e jornais dirigidos.

A Publicidade

A publicidade quase sempre é desprezada quando as pessoas se referem à mídia, que a maioria continua traduzindo apenas como cobertura jornalística. Por contradição, é justamente na propaganda veiculada no rádio e na tevê, as que ocupam os espaços mais caros dos veículos de comunicação e logo as que são mantidas pelas empresas de maior faturamento anual que vamos encontrar o maior avanço na abordagem sobre o papel do idoso.

Os anos 1990 foram pródigos em produzir comerciais que, feitos de maneira ardilosa, nos colocavam todos rindo de idosos em situações constrangedoras.

Comercial 1: O casal de idosos tenta um diálogo a respeito da compra de um aparelho de som:

– Arnaldo, finalmente comprei a nossa vitrola.

Ele colocava a mão no ouvido e gritava:

– Hein?!?

– Vitrola, Arnaldo, Vitrola!

– Hein?!

A situação era engraçada, mas subliminarmente estava colocando que o velho, à medida que o tempo passou, perdeu a sua capacidade de ouvir e seu destino de ficar surdo tinha lhe roubado o prazer de desfrutar o sonhado aparelho novo. A mensagem era: compre logo antes que você também fique velho e conseqüentemente surdo.

Comercial 2: Um casal idoso japonês sentado sem falar na frente de uma televisão antiga. Ele, absorto, como se desligado do mundo sem despertar interesse por nada. Ela queria acompanhar a novela, mas sempre na hora mais importante do diálogo dos personagens ou do beijo da mocinha apareciam listras e o som ficava chiado. Ela levantava e dava um "coco" — batida com mão fechada — na tevê que voltava a funcionar. Ela repete o movimento várias vezes sempre com aquele ar *zen*, até de repente levantar para repetir o gesto e bate na cabeça do velho.A cena é engraçada mas, mais uma vez, reproduz a idéia da velhice como momento só de perdas, de ausência do prazer e da companhia solitária.

A partir de 2003 o debate da implantação do Estatuto do Idoso afetou a publicidade e passaram a surgir comerciais onde os idosos aparecem com uma postura de sabedoria, poder e em algumas sugerindo a manutenção da sexualidade.

Comercial 1: Uma jovem dona de casa se empenha em limpar o chão da cozinha rapidamente para não atrapalhar as crianças, ao seu lado uma idosa comenta que esse trabalho está ultrapassado e que hoje existem produtos com propriedade de tornar a tarefa mais eficiente. A jovem olhando para o balde e pergunta "O que eu faço com ele?" e a idosa responde: "Deixa que eu chuto!" e manda o balde d'água embora. A expressão "chutar o balde" faz parte da nossa cultura de neologismos e quase sempre aparece com a idéia de rompimento da ordem estabelecida, quase sempre associada aos jovens.

Comercial 2: Dois jovens sentados na cozinha dialogam sobre a dificuldade de abrir o liquidificador para lavar, sugerindo que acabaram de fazer uma vitamina. Depois de muito tentar a senhora que aparecia em segundo plano no sofá levanta e, de maneira firme e determinada, vai até o liquidificador, aperta um botão e faz com ele solte o copo e fique apto para a lavagem. Quando a idosa dá as costas o jovem comenta que o negócio era tão fácil que até a velha conseguiu. Ela, ainda de costas, responde: "Sou velha, mas não sou surda!"

Exatamente ao contrário dos comerciais antigos, neste fica ressaltado que velhice não é sinônimo de incapacidade e mostra uma atitude mais observadora e prática por parte da idosa.

Como Entrar na Mídia?

Só existem três maneiras:

1. compra de espaço publicitário;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

2. compra de espaço institucional;
3. tornar-se notícia, o que nem sempre é mais barato, mas sem dúvida é mais importante.

É nessa questão que no Brasil existe uma enorme lacuna que não deve ser creditada apenas à falta de interesse dos meios de comunicação. Os profissionais que trabalham com o envelhecimento saudável não aprenderam, com raras exceções, a lidar com os meios de comunicação. Quando se comunicam é apenas através de *releases* — como se chama no jargão profissional o bilhete mandando avisar um lançamento ou antecipando uma noticia — e não sabem se tornar fontes confiáveis para as reportagens. Por isso, não raro vermos num país nas dimensões do Brasil sempre as mesmas seis pessoas falando e dando seus pareceres.

O corporativismo e a proximidade com governos de parte dos estudiosos do envelhecimento saudável mantêm um padrão de autocensura, seguida pela maioria dos seus pares.

A mídia erra quando deixa de acompanhar ONGs e entidades governamentais que se empenham na prevenção e tratamento de doenças ao longo do ano, concentrando as notícias apenas nos lançamentos de campanha. Afinal, a pessoa não têm relações sexuais ou usam drogas apenas na época do carnaval ou os idosos não devem só se preocupar com a gripe na véspera da campanha de vacinação no outono ou a proposta de caminhadas ao ar livre não deve ocorrer apenas quando o evento tem o patrocínio de uma grande empresa de artigos esportivos.

Os profissionais que trabalham com o envelhecimento saudável também erram quando deixam de corrigir a mídia das informações incorretas. Não é raro jornalistas passarem horas procurando profissionais que façam uma avaliação real de produtos lançados em campanha, sem conseguir. É quase impossível um jornalista conseguir que uma associação de estudo ou de defesa de idosos venha a público explicar se a dentadura de R$25,00 distribuída nas campanhas governamentais pode ser de boa qualidade. Em 2004, um médico ameaçou ao vivo um repórter de rádio quando ele perguntou se ele deixaria sua mãe colocar aquela dentadura.

E a revisão da aposentadoria? Quem entre os estudiosos está falando da necessidade das pessoas trabalharem até o fim da vida, de esquecerem a idéia de se aposentarem. É uma posição difícil, mas está na pauta da realidade mundial. Não adianta o discurso do idoso ativo, desde que seja com a aposentadoria garantida no final do mês. Essa é uma verdade para aqueles que já são idosos, que poderão viver mais 20 a 30 anos e que tiveram a sorte de se aposentar. Boa parte dos idosos, aqueles que estão entrando agora na faixa dos 50 anos, não sabem como irão sobreviver, já que nem todos conseguirão se aposentar.

Deve-se cobrar da mídia um engajamento maior nas questões do envelhecimento, mas também precisamos ter consciência que, sem interlocutores que respondam por suas categorias não se constrói uma comunicação social. Os idosos precisam criar um movimento organizado capaz de manter na pauta o ano inteiro — e não só na semana do idoso em Setembro — as suas reivindicações. Os gerontólogos precisam sair mais dos livros e ir onde o idoso está. Os governos precisam capacitar seus quadros para saber administrar uma população cada dia mais envelhecida que impõem uma reengenharia das cidades.

Daqui a dez anos os meios de comunicação terão um perfil ainda inimaginável se considerarmos as inúmeras tecnologias que estarão disponíveis. Teremos um novo perfil de idosos, plugados na Internet, com seus *blogs* pessoais e uma enorme capacidade de comunicação. A dúvida é se as novas tecnologias poderão ajudar as pessoas a se conscientizarem da importância da troca de experiência, do manter a memória viva dos valores mais importantes como afeto e carinho que podem fazer uma enorme diferença diante das novas estruturas, mesmo nas sociedades cada vez mais envelhecidas. O culto deve ser sempre, em todos os tempos, à beleza e não à juventude. Essa é uma tarefa que devemos cobrar de todos.

Bibliografia

1. Anuário de Propaganda. São Paulo: Editora Meio e Mensagem; 2006.
2. Acosta-Orjuela GM. Os idosos e a mídia: usos, representações e efeitos. In: Freitas EV, Neri AL, Py L et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 981.
3. Chavez S. Em cena: o corpo – sentidos que circulam com o corpo nas propagandas de televisão. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: PPGE/UGF; 1999.
4. Dines. O papel do jornal. São Paulo: Summus Editorial; 1986. p. 118.
5. Incontri D. A mídia e a imagem do idoso: uma questão ética. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 458.
6. Jornal da Tarde. Quando a vida começa aos sessenta anos. São Paulo: edição de 30/08/90.
7. Jornal da Tarde. O Estatuto do Idoso: a hora da terceira idade. São Paulo: edição de 05/01/2004.
8. Marcos Pivetta. Retratos do entardecer. São Paulo: Pesquisa – FAPESP; 2005. p.32.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parte VI

Aspectos Éticos e Morais

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

68 Distanásia: Algumas Reflexões Bioéticas a partir da Realidade Brasileira*

Léo Pessini

Refletir eticamente sobre a distanásia no contexto brasileiro a partir da ética médica codificada no Brasil e a partir dos paradigmas de medicina existentes não deixa de ser um grande desafio, visto que temos ainda um vasto silêncio envolvendo a questão. A distanásia não tem merecido a mesma atenção que a eutanásia, em grande parte, pensamos nós, por causa da confusão existente entre esses dois conceitos.

Entendemos por distanásia uma ação, intervenção ou procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e que prolonga inútil e sofridamente o processo do morrer, procurando distanciar a morte. Os europeus a chamam de obstinação terapêutica, e os americanos de medicina ou tratamento fútil e inútil.

O roteiro de nossa reflexão neste momento se inicia com a análise da temática da distanásia ou obstinação terapêutica na tradição da ética médica brasileira codificada. Avançamos apresentando os diferentes paradigmas da medicina: o científico tecnológico, o comercial-empresarial, o da benignidade humanitária e solidária e o biopsicossocial (ideal buscado). A partir disso, mostramos o surgimento de alguns modelos característicos de profissionais médicos. Em seguida comentamos a legislação relacionada com a distanásia no estado de São Paulo. Finalizamos com algumas propostas éticas em relação à questão a partir da visão de alguns médicos brasileiros.

Do Absoluto Respeito pela Vida e do Dever de Não Complicar a Terapêutica

Uma das características marcantes da tradição da ética médica brasileira codificada é a de ser uma tradição secular, imbuída de valores humanitários, embasada em dimensões humanistas e filosóficas, mas que não se preocupa em fundamentar os princípios éticos na religião.

No universo secular, a própria morte e a dor muitas vezes são percebidas como sem sentido e, à medida que escapam do controle, são vistas como fracasso pelo médico. A ênfase cai na luta para garantir a máxima prolongação da vida, na quantidade de vida, e há pouca preocupação com a qualidade dessa existência prolongada. Uma conseqüência disso é o eclipse da aceitação da boa morte cultivada e a resistência à eutanásia provocada como derrota diante do inimigo, a morte.

* Este artigo apresenta resultados da minha tese doutoral intitulada: "Viver com dignidade a própria morte: reexame da contribuição da ética teológica no atual debate sobre a distanásia", defendida em 2001, na Unifai/Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção em São Paulo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A medicina brasileira, na sua história até o presente momento, utilizou-se dos seguintes códigos:

- Código de Ética Médica adaptado pela Associação Médica Americana em 1987;
- Código de Moral Médica de 1929;
- Código de Deontologia Médica de 1931;
- Código de Deontologia Médica de 1945;
- Código de Ética da Associação Médica Brasileira de 1953;
- Código de Ética Médica de 1965;
- Código Brasileiro de Deontologia Médica de 1984;
- Código de Ética Médica de 1988 (o último em vigor)**[31].

O primeiro Código de Ética Médica que circulou no Brasil data de 1867 e consiste de uma tradução portuguesa do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana. É interessante observar como é delineado o perfil do médico, numa linguagem explicitamente sacerdotal:

Art. 1º - § 4. Para ser ministro de esperança e conforto para seus doentes, é preciso que o médico, alentando o espírito que desfalece, suavize o leito da morte, reanime a vida que expira e reaja contra a influência deprimente das moléstias que muitas vezes perturbam a tranqüilidade dos mais resignados em seus últimos momentos. A vida do doente pode ser abreviada não só pelos atos, como também pelas palavras ou maneiras do médico. É, portanto, um dever sagrado proceder com toda a reserva a esse respeito e evitar tudo que possa desanimar o doente ou deprimir-lhe o espírito.

§ 5. O médico não deve abandonar o doente por julgar o caso incurável; sua assistência pode continuar a ser muito útil ao enfermo e consolar os parentes, ainda no último período de uma moléstia infausta, aliviando-o da dor e de outros sintomas, e acalmando-lhe a aflição do espírito[Δ31].

Como se percebe neste perfil do médico, ele age como um verdadeiro sacerdote. Vejam-se as expressões de linguagem utilizadas: "ministro de esperança e conforto", "alentando o espírito que desfalece", "dever sagrado", "acalmando-lhe as aflições do espírito". Estamos numa época histórica, final do século XIX, em que a medicina ainda não está muito aparelhada tecnologicamente para intervir de modo decisivo na vida. Não se fala em lutar contra a morte ou prolongar a vida. Existe uma certa resignação em aceitar doenças graves. Este cenário fica completamente diferente a partir de meados do século XX, com a introdução dos cuidados médicos intensivos de vida, em que basicamente se declara guerra à doença e à morte.

No Brasil, a tradição da ética médica codificada tem a tendência de respaldar intervenções distanásicas. Por exemplo, um dos primeiros códigos brasileiro de ética médica, o Código de 1931, reprova a eutanásia "porque um dos propósitos mais sublimes da medicina é sempre conservar e prolongar a vida" (art. 16/31). Se aceitarmos que a finalidade da medicina "é sempre conservar e prolongar a vida" — e os códigos subseqüentes também vão nesta direção —, estaremos claramente deitando as raízes da justificação da distanásia com seu conjunto de tratamentos que não deixam a pessoa na fase final da vida morrer em paz.

No atual Código de 1988, notamos uma importante mudança de ênfase. O objetivo da medicina não é apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa. O alvo da atenção do médico é a saúde da pessoa e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-la ou não (cf. art. 2). O compromisso com a saúde, principalmente se for entendido como bem-estar global da pessoa e não apenas ausência de doença, abre a possibilidade para outras questões no tratamento do doente terminal, além daquelas curativas. Mesmo assim, continua firme a convicção, encontrada também em códigos anteriores, de que "O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana" (art. 6).

Esta tensão entre beneficiar o paciente com tratamentos paliativos, que talvez abreviem sua vida, mas promovem seu bem-estar físico e mental, e a absolutização do valor da vida humana no seu sentido biológico gera um dilema que alguns médicos preferem resolver a favor do prolongamento da vida.

Com os códigos de 1984 e 1988, a abordagem dos direitos do paciente terminal a não ter seu tratamento complicado, a ser aliviado da dor e a não ser morto pelo médico entram numa nova fase, com o

** Na seção anexos desta obra o autor transcreve na íntegra todos os códigos de ética médica produzidos no Brasil até hoje.
Δ Nesta citação atualizamos o português.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

surgimento de novos elementos em grande parte trazidos pelo progresso da tecnociência.

No código de 1984, percebe-se a existência das tensões inerentes à aliança entre a benignidade humanitária, o modelo científico-tecnológico e o medicocentrismo autoritário. Sua benignidade humanitária insiste no "absoluto respeito pela vida humana", já exigido pelos códigos de 1953 e 1965, e reforçado pelo princípio 9/1984 com o acréscimo ao texto da frase: "desde a concepção até a morte". A dificuldade é que esta valorização da vida tende a se traduzir em uma preocupação com o máximo de prolongamento da quantidade de vida biológica e no desvio de atenção da questão da qualidade da vida prolongada.

Como destaca Leonard Martin[34], com a ênfase sobre o biológico, o sofrimento, a dor e a própria morte se tornam problemas técnicos a serem resolvidos mais do que experiências vividas por pessoas. O preço que se paga pelo êxito da tecnologia é a despersonalização da dor e da morte nas Unidades de Terapia Intensiva, com todo seu maquinário impressionante. Consegue-se prolongar a vida, mas diante destas intervenções bem-sucedidas começam a surgir novas indagações: Quando se pode abandonar o uso de suportes vitais artificiais? Quando é que se morre verdadeiramente? Pode-se falar de eutanásia ativa e de eutanásia passiva[31]?

Existe uma tendência rumo à recuperação da valorização da boa morte cultivada no artigo 6 (1988). Não seria ético para o médico utilizar "seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral". Mais significativo ainda, porém, é o artigo 61 (1988), que incentiva o médico a não abandonar seu paciente "por ser este portador de moléstia crônica ou incurável" e a "continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico". Este cuidado em mitigar não apenas o sofrimento físico, mas também o psíquico é sintomático de uma nova preocupação, que vai além do mero nível biológico da dor física, manifestando atenção à pessoa na sua totalidade.

Este novo cuidado com a pessoa se reflete no reconhecimento do direito do paciente de não ter seu tratamento complicado. Nos códigos de 1984 (art. 23) e de 1988 (art. 60) existe a proibição para o médico de "complicar a terapêutica". Na visão de Genival Veloso de França[20], é condenável e deve-se evitar:

"A complicação intencional do tratamento do paciente, seja por medicamentos ainda desconhecidos ou de resultados incertos, seja, ainda, por práticas cirúrgicas não-convencionais, realizadas apenas no sentido de experimentar nova técnica ou de aventurar-se em alternativas mais ousadas."[18]

Ao comentar o artigo 56 do código de ética médica de 1988, que diz que é vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida[18]. Genival Veloso de França[20] tem um comentário no que toca ao tratamento fútil:

"O conceito de futilidade médica começa a ganhar espaço nas discussões sobre assunto de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes gravemente enfermos e presos a quadros considerados irreversíveis. Esta é uma situação muito delicada para o médico, por se tratar de uma condição de iminente perigo de vida num paciente com comprometimento da vida de relação, como nos casos de coma, mas que não apresentam ainda os critérios para caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas (...). Hoje se tem como justificativa considerar um tratamento fútil aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite possibilidade de sobrevida."[18]

Fica clara também no código de 1988, no art. 57, a obrigação do médico de "utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance (...)", mas a medida do seu uso não é sua eficácia em resolver o problema, como controlar tecnicamente o sofrimento e a morte, mas sim agir "(...) em favor do paciente", isto é, o critério fundamental é que seja em benefício do paciente. Isto nos permite questionar se a gestão técnica da dor e do sofrimento e o adiamento indefinido do momento da morte são sempre do interesse do paciente. Esta situação ficou muito mais crítica hoje com o surgimento da Aids e a abordagem terapêutica do paciente na fase final.

Um outro aspecto importante no código de 1988, no que se refere ao direito do paciente de não ter seu tratamento complicado, é a preocupação em regulamentar pesquisas médicas em pacientes terminais. O artigo 130 proíbe ao médico:

"Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em pacientes com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais."[12]

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Aqui não se trata de uma rejeição da ciência e da tecnologia; é reconhecida a legitimidade de recorrer a tratamentos experimentais, mas a partir de um critério bem definido: existência de uma *esperança razoável* de que o tratamento seja útil para o próprio doente e que não lhe seja imposto sofrimento desnecessário.

Diferentes Paradigmas de Medicina e a Distanásia

Para entender a questão da distanásia contextualizada no processo evolutivo histórico da medicina, distinguimos três paradigmas, ou seja, o *científico-tecnológico*, o *comercial empresarial*, em franca expansão, e o da *benignidade humanitária* e *solidária*[33]. Acrescentamos com Callahan[7] um novo paradigma emergente, o *biopsicossocial*. Passemos brevemente em revista estes modelos de medicina.

O Paradigma Científico-tecnológico

No período pré-moderno, o médico e a sociedade eram bastante conscientes de suas limitações diante das doenças graves e da morte. Muitas vezes, o papel do médico não era curar, mas acompanhar o doente nas fases avançadas da sua enfermidade, aliviando a dor e tornando o mais confortável possível a vivência dos seus últimos dias. De modo geral, o médico era uma figura paterna, um profissional liberal num relacionamento personalizado com seu paciente, muitas vezes um velho amigo ou conhecido. As ações médicas eram acompanhadas de ritos religiosos. O médico e o padre eram parceiros que se complementavam na missão de garantir uma morte tranqüila e em paz para o doente. Exemplo disso é o perfil do médico que emerge no código de ética médica de 1867, como vimos anteriormente, que é fundamentalmente sacerdotal.

Com as descobertas espetaculares e os avanços da medicina, novos estilos de praticar a medicina e novas atitudes e abordagens diante da morte e do doente terminal emergiram. O paradigma científico-tecnológico da medicina se orgulha, com bastante razão, diante dos enormes avanços nos últimos tempos nas ciências e na tecnologia biomédicas. Jean Bernard[4], notável médico humanista francês, afirma que "a medicina mudou mais nos últimos 50 anos do que nos 50 séculos precedentes"[3].

Doenças e feridas outrora letais, hoje em dia, com tratamento adequado, são curáveis. Este orgulho de conseguir a cura facilmente se transforma em arrogância e a morte, em lugar de ser vista como o desfecho natural da vida, se transforma num inimigo a ser vencido ou numa presença incômoda a ser escondida. Dentro da perspectiva do paradigma científico-tecnológico, a justificação do esforço para prolongar indefinidamente os sinais vitais é o valor absoluto que se atribui à vida humana. A distanásia está ligada especialmente a este modelo científico-tecnológico de medicina e ao comercial-empresarial, que veremos em seguida[ΔΔ27].

O Paradigma Comercial-empresarial

Outro modelo de medicina na contemporaneidade, bastante ligado aos desenvolvimentos tecnológicos e científicos, é o paradigma comercial-empresarial, profundamente instigado com o avanço do *managed care* (cuidado gerenciado). A tecnologia, novos fármacos e equipamentos sofisticados têm um preço, às vezes um preço bem alto. Este fato deu margem à evolução de um estilo de medicina em que o médico

---

[ΔΔ] A revista *Newsweek*, em editorial que introduz uma extensa matéria especial explorando as novas fronteiras da saúde, da medicina, do humanismo médico e da tecnologia, menciona: "O mais profundo e dramático impacto da revolução tecnológica será em nossa saúde. Novas técnicas sofisticadas de imaging, partes do corpo biônicas e cirurgias computadorizadas estão capacitando os médicos a diagnosticar e tratar a doença com mais eficácia. Concomitantemente, a riqueza de informações na web deu aos pacientes um poder sem precedentes em relação à escolhas de saúde, um progresso que traz também perigos. Estas mudanças fantásticas estão mudando a compreensão e a prática médicas de maneira tal que nem sonhamos. O resultado para milhões de pessoas é o presente de viver mais e de forma saudável." O Dr. Melvin Konner, professor de biologia e antropologia médica na Emory University, se pergunta sobre a sedução pela ecnologia, se esta não traz perdas para a relação médico-paciente em termos de cuidado humano além das possibilidades de cura. "A questão é se nós — médicos e pacientes — não nos apaixonamos demais pela tecnologia e acabamos perdendo de vista qual é o seu papel. Nós a buscamos e invocamos para absorver o seu poder. Não importa que 85% das informações necessárias para se fazer um diagnóstico padrão provêm da história do paciente, de um diálogo com ele. Ou então que o restante provêm do exame físico e de alguns testes muito simples (...). Os jovens médicos estarão preparados para enfrentar as inúmeras situações em que a tecnologia não será a melhor solução e cuidar das pessoas angustiadas, que se sentem vulneráveis frente a decisões de vida e morte? Saberão discernir quando parar de investir? Ou as máquinas ganharão

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

deixa de ser um profissional liberal e se torna um funcionário, nem sempre bem pago, que atua no contexto de uma ou várias empresas hospitalares. Principalmente no setor privado lucrativo, é a capacidade de o doente terminal pagar ou não o diagnóstico o critério que tende a determinar sua admissão como paciente numa UTI e o tratamento a ser utilizado. Nesta perspectiva, com o fator econômico predominando, é o poder aquisitivo do cliente (seguro-saúde especial), mais do que o conhecimento e a sabedoria médicas, que determina o procedimento terapêutico a ser aplicado. Mesmo nas grandes instituições públicas de saúde, percebe-se esta mentalidade entrando e ganhando força.

Na ótica do paradigma comercial-empresarial da medicina, a obstinação terapêutica segue outra racionalidade. Aqui, ela tem sentido na medida em que gera lucro para a empresa hospitalar e os profissionais nela envolvidos. Existindo um plano de saúde diferenciado ou uma instituição dispostos a investir nesse procedimento, os tratamentos continuarão enquanto o paciente não morrer ou os recursos não acabarem. Num sistema de valores capitalistas, em que o lucro é o valor primordial, esta exploração da fragilidade do doente terminal e dos seus amigos e familiares tem sua própria lógica — uma lógica sedutora, porque, além de garantir lucro para a empresa, parece defender um dos grandes valores da ética humanitária: o valor da vida humana. A precariedade do compromisso com o valor da vida humana, nesta perspectiva, se manifesta logo quando começam a faltar recursos para pagar as contas. Uma tecnologia de ponta que parecia tão desejável de repente é retirada e são sugeridos tratamentos menos onerosos em termos econômicos.

O Paradigma da Benignidade Humanitária e Solidária

Este modelo reconhece os benefícios da tecnologia e da ciência e a necessidade de uma administração competente dos serviços de saúde. Esta perspectiva procura resistir aos excessos dos dois paradigmas anteriores e colocar o ser humano como o valor fundamental e central na sua visão da medicina a serviço da saúde, da concepção até a morte. Este paradigma rejeita a *mistanásia* ("morte miserável e infeliz de muitos, fora e antes da hora") em todas as formas, questiona os que apelam à eutanásia e à *distanásia* (obstinação terapêutica, futilidade médica) e, num espírito de solidariedade, procura promover nas suas práticas junto ao paciente terminal a *ortotanásia*, ou seja, a morte digna e humana na hora certa. Nesta linha de atenção situa-se a medicina paliativa.

Este paradigma médico da benignidade solidária e humanitária e a teologia moral procuram outras abordagens na tentativa de resolver o dilema entre tratar em excesso ou deixar de tratar o suficiente o doente terminal. Procuram mostrar que atribuir grande valor à vida humana não significa optar por uma frieza cruel diante do sofrimento e da dor do paciente terminal. A medicina científica-tecnológica tende a resolver o dilema caindo em um dos dois extremos. Ou escolhe a *eutanásia*: reconhecendo sua impotência, opta por abreviar o sofrimento, abreviar a vida, alegando que, já que não pode mais curar a pessoa, não há sentido em prolongar a agonia. Ou a *distanásia*: ofendida no seu brio, opta por resistir à morte até as últimas conseqüências, implementando a obstinação terapêutica que vai além de qualquer esperança de beneficiar o doente ou de promover seu bem-estar global. A medicina que atua dentro do paradigma da benignidade humanitária e solidária e opera com o conceito de saúde como bem-estar tende a optar por um meio-termo: nem matar, nem prolongar exageradamente o processo de morrer, mas procurar uma morte sem dor, na hora certa, cercada de ternura, enfim, digna.

---

vida por si e os médicos, que nunca aprenderam a ouvir ou tocar, acabarão se tornando meros acessórios de computadores? Chegamos ao ponto de simplesmente não nos sentirmos cuidados, caso não se use a última tecnologia disponível. 'Não é necessário o exame genético doutor ?' 'Doutor, eu quero o melhor (...)', ouve-se. A tecnologia surge entre nós e poderemos estar temerosos de conversar com os pacientes e familiares e até mais receosos ainda de tocá-los, em razão da atmosfera litigiosa em que vivemos hoje. Os médicos raramente são processados por aplicar alta tecnologia, mas por não usá-la. 'Por que você não fez aquele teste, doutor?' é uma questão que nenhum médico gosta de ouvir perante a Corte." O Dr. Konner comenta o que um de seus mestres dizia durante seu aprendizado médico: encontre alguma razão para tocar o paciente em cada encontro. Mas à medida que diagnósticos tecnológicos substituem o exame físico, há sempre menos razões para tocar. Embora os médicos sejam cientistas, eles também sempre têm poder. Quando estamos em suas mãos, eles têm um poder mágico sobre nós. O poder pré-científico reivindicava forças espirituais; na era científica invoca-se os poderes da alta tecnologia. E nós desejamos este poder por causa de nosso lado mágico. Isto muitas vezes funciona, pois nossa fé vai além da eficácia tecnológica. Se não encontrarmos um equilíbrio entre as velhas artes da cura, fundamentadas pela nova tecnologia, poderemos perder o que pensamos já termos ganho. Só que desta vez esta perda poderá ser irreversível."

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para além do horizonte da ética médica brasileira codificada, Callahan[7] apresenta o paradigma *biopsicossocial* de medicina. É interessante considerá-lo ao olhar as tendências futuras do processo científico-tecnológico em curso no mundo da saúde.

O Paradigma Biopsicossocial[5]

O paradigma biomédico está moldado numa visão reducionista e analítica da ciência quando tenta dar a última resposta para a doença humana. O modelo reinante de corpo é o de uma máquina complexa, e a tarefa do médico é corrigir seus defeitos e problemas. A pesquisa médica, como na tarefa de descascar uma cebola, procura mover-se dos níveis biológico e fisiológico para os níveis celular e molecular. A biologia, finalmente, cede lugar à química e à física. O objetivo é uma compreensão total da doença, reduzida finalmente aos seus elementos essenciais e causais. Com este conhecimento à mão, a medicina procura assegurar a possibilidade de uma cura definitiva, e não simplesmente um trabalho de reparo tecnológico provisório.

Muito do corrente entusiasmo com a genética molecular deve-se à convicção de que com ela serão encontradas as causas últimas da doença. Esta tem sido a postura do modelo biomédico: ir sempre mais profundo e procurar uma única chave que seja capaz de solucionar todos os problemas. A doença em si, neste modelo, é compreendida como um desvio da norma biológica mensurável estaticamente, resultado de alguma mudança fisiológica destrutiva. Essa mudança é causada por um excesso ou *déficit* de algum fator crítico, por alguns agentes danosos desconhecidos. Uma intervenção médica de sucesso exige um contra-ataque a tais agentes, neutralizando sua força ou compensando suas deficiências. Esta intervenção pode ser vista como um esforço para descobrir a causa de uma doença específica ou para encontrar o agente que desencadeia danos no equilíbrio geral do sistema orgânico. A doença é, em qualquer caso, não um constructo humano, mas um desvio independente, biológico, mensurável de uma norma.

A saúde, neste modelo, é compreendida estreitamente como ausência de doença. A ausência pode objetivamente ser determinada pelos desvios do funcionamento corporal típico. Uma pessoa saudável é alguém cujos órgãos funcionam bem e podem efetivamente lidar com o meio ambiente em que ela vive. Portanto, a saúde é entendida como um conceito sem valores. A pessoa que não pode trabalhar não é saudável, e o pâncreas, que deve produzir insulina suficiente mas falha em fazê-lo, está doente. Com este entendimento de saúde, outros conceitos entram em jogo. A doença é compreendida como a percepção individual de que alguém está sofrendo da doença, uma percepção enraizada na observação de que, no nível ordinário, uma função está ausente (paralisia) ou não funciona bem (febre). A doença é vista como uma categoria social que permite às pessoas vários privilégios sociais e isenções. Se você está doente, está escusado de trabalhar e também merece a simpatia dos outros.

A compreensão clínica da medicina procura descobrir a essência da doença, movendo-se da pessoa doente (que fala de sua experiência de doença ao médico) para o médico (que tenta encontrar a doença de base que está causando o mal) e para o pesquisador cientista (que tenta encontrar o mecanismo subjacente causador da doença). Somente a medicina científica, não a sociedade, pode determinar o que é verdadeiramente uma doença e o que pode ser feito a respeito.

Nos anos recentes cresceu a insatisfação com este modelo biomédico. Tal reação criou um número de esforços para desenvolver um modelo mais matizado de medicina. Enquanto busca manter algum grau de fundamentação nas tradições clínicas da medicina científica, isto é, não rejeita o reducionismo, o modelo alternativo deseja colocar a doença numa rede causal mais ampla, ligando a biologia interior das pessoas aos seus contextos sociais. É a chamada perspectiva *biopsicossocial* proposta pelo médico George Engel[15,16].

Na verdade, existe "um sonho de uma medicina infalível" a partir de Descartes (séc. XVII) caracterizada pela promessa de libertação de toda velhice (ele mesmo esperava viver mais de um século!) e enfermidade (medicina infalível).

Segundo Descartes, a medicina de sua época contém pouca coisa que possa ser considerada útil e, mesmo aqueles que a praticam, têm de reconhecer que o que se sabe dela é quase nada em relação ao que resta a saber. Sua visão de medicina está imbricada com a filosofia do método. Trata-se de um projeto em que se desenvolve toda a sua teoria a partir do sistema racionalista e mecânico. Fundamenta-se numa visão antropológica do homem-máquina e dos processos puramente mecânicos resultantes da separação absoluta entre corpo, substância extensa, e alma, substância pensante[30].

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O aspecto mais proeminente do modelo biopsicossocial é a rejeição do reducionismo, totalmente embasado na ciência, na compreensão biomédica da saúde humana e da doença. Duas questões de crítica são a falha do modelo científico, direcionado para a cura, em oferecer um incentivo para o cuidado dos pacientes com doenças crônicas; e a indiferença do modelo em relação ao sofrimento da pessoa, como distinto do órgão doente.

A rejeição do modelo biomédico é baseada numa variedade de *insights*, alguns deles científicos, outros sociais e humanísticos. Isto inclui certas observações:

- muitas doenças têm causas ambientais e sociais, não em patologias biológicas;
- patogens biológicos não se expressam da mesma maneira em todos os organismos, pois existem grandes diferenças nas respostas individuais à doença;
- esforços para reduzir a biologia à química e à física ignoram completamente a complexidade óbvia da vida humana, uma complexidade que merece pesquisa muito mais rica e sutil.

Claro que o apelo vai no sentido do humanismo, pois é pelo diálogo que o médico aprende a natureza e a história da experiência do paciente e esclarece, de um lado, o seu significado para o paciente e, de outro, o que elas poderiam significar em termos de outros sistemas da hierarquia natural, sejam eles bioquímicos, fisiológicos, psicológicos ou sociais.

Uma boa argumentação clínica exige a compreensão do paciente como uma pessoa, bem como de sua bioquímica. Assim como uma boa medicina clínica na busca da saúde individual não deve ser reduzida à abordagem biomédica, também a saúde individual não pode ser compreendida à parte da rede de relacionamentos sociais e ambientais. É o paradigma biopsicossocial. A partir destes paradigmas da medicina emergem vários modelos de profissionais médicos que são considerados a seguir.

Modelos de Profissionais Médicos neste Contexto

O médico humanista brasileiro Wilson L. Sanvito[11,43], que trabalha há anos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, classifica os profissionais médicos em três tipos, segundo o seu comportamento na relação com o paciente: o médico humano, o médico sábio e o médico tecnotrônico. Vejamos algumas características de cada um desses modelos.

1. O médico humano é aquele que ouve e examina atentamente o doente e é, sobretudo, seu amigo e conselheiro. Situa-se no contexto do *paradigma da benignidade humanitária e solidária*. Acontece assim uma relação médico-paciente importante para o tratamento, ao promover a descontração do paciente no próprio ambiente de família, com o conseqüente restabelecimento do equilíbrio psicológico. No entanto, este tipo de profissional, o médico de família, está desaparecendo. Cabe a este médico o atendimento e o tratamento do paciente e, desde que necessária, a orientação para a procura de um especialista.
2. O médico humano vem sendo substituído pelo *médico empresário*, que se encaixa no modelo *comercial-empresarial*, em franca expansão na área da saúde. É uma espécie de central de dados onde o paciente chega e parte, em seguida, com uma receita indecifrável na sua escrita. Este tipo de profissional, quanto mais "competente", tanto mais é inacessível e silencioso. Tem ares de ser um grande conhecedor e pesquisador solitário. Diante deste profissional, o doente hesita em confiar suas angústias e seus medos, e fala o mínimo necessário em termos de padecimentos físicos. Utiliza uma linguagem técnica incompreensível para o doente. Além disso, este profissional atende as pessoas a partir de um nome universal, isto é, o "cifrão" econômico, na sua obsessão com preocupações financeiras.
3. Finalmente chegamos à era do médico *tecnotrônico*, fruto legítimo do paradigma científico-tecnológico ou biomédico da medicina, que é um verdadeiro manipulador de técnicas requintadas e de circuitos eletrônicos informatizados. Este tipo de profissional exerce a medicina interpondo entre ele e o doente um complexo de aparelhos, que dispensam completamente a interação humana e vieram colocar em crise a relação médico-paciente.

O médico humano exerce uma medicina muito mais de doentes do que de doenças. É o profissional ideal, para todos os enfermos, mas especificamente este perfil se faz necessário para cuidados paliativos. O médico sábio e empresário exerce uma medicina muito mais de doenças e sempre menos de doentes.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Atua na área curativa na busca das causas das doenças ou na cura, mas como empresário busca o lucro. Para o médico tecnotrônico, o futuro do doente já não se encontra nas mãos do médico, mas sim na tecnologia (ressonância magnética, tomografia computadorizada de última geração etc.). Os centros de diagnósticos dos hospitais de hoje evidenciam esta realidade.

Este cenário crítico vem lançar o desafio de superar essas visões excludentes de especialidades incompatíveis e colocar junto com a competência técnico-científica a competência ética, isto é, a competência humana, em que o fator humano é sempre necessário e imprescindível[45-50].

A Distanásia e a Legislação Brasileira Emergente: o Caso do Estado de São Paulo

Desde 17 de março de 1999, o estado de São Paulo tem a Lei 10.241, que "dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado e dá outras providências". A lei sancionada pelo governador Mário Covas originou-se do projeto de Lei 546/97, do deputado estadual Roberto Gouveia[21], que teve sua inspiração na cartilha dos direitos do paciente, emitida pelo Conselho Estadual da Saúde em 1995 a partir de proposta formulada pelo Fórum de Patologias do Estado de São Paulo, que reúne diversas organizações não governamentais e a Pastoral da Saúde/CNBB, entre outras entidades da sociedade civil[21].

A Lei 10.241 tem dois artigos e 24 incisos. Elaborada numa chave humanista, procura colocar o paciente no centro da questão dos cuidados de saúde, evitando a desumanização crescente das instituições de saúde, que torna a pessoa doente sempre mais um objeto passivo de cuidados. O inciso XXIII refere-se especialmente ao paciente terminal ou fora de possibilidades terapêuticas, como afirmam os especialistas em medicina paliativa. Ele assegura ao usuário ou ao seu representante legal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários que visam a prolongar a vida. O inciso XXIV refere-se à escolha do lugar para se despedir da vida.

Na íntegra:

"Artigo 2. São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

XXIII — recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV — optar pelo local de morte[21].

Em nome do respeito pela pessoa doente, não se pode impor a ela, em nome de beneficência de cunho paternalista, aquilo que ela não quer, até mesmo no final de sua vida. Há que se respeitar sua autodeterminação e sua autonomia. Ela tem o direito de optar por morrer com qualidade de vida, no ambiente que considerar melhor, e é dever do médico atuar sempre em seu benefício.

Isto está no artigo 57 do Código de Ética Médica Brasileiro (1988), que diz: "É vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente." Só que muitos médicos, segundo o Dr. Gabriel Oselka, ex-presidente do Conselho Federal de Medicina, interpretam essa prescrição equivocadamente, achando que são obrigados a fazer tudo e em qualquer circunstância, até mesmo quando a morte é inevitável. A isso, juntam o receio de acusação de omissão de socorro, crime previsto no artigo 133 do Código Penal Brasileiro, que data de 1940 e está em processo de revisão. As unidades de terapia intensiva (UTIs) brasileiras retratam o dilema, como expõe o Dr. Oselka:

"Enquanto você lê este artigo, enorme número de pacientes é mantido artificialmente vivo à custa de máquinas e medicamentos, que não prolongam a vida, apenas retardam a morte, freqüentemente com sofrimento. Com certeza, vários optariam por não continuar as medidas extraordinárias se conhecessem a irreversibilidade da sua condição clínica. Nesses casos, em vez de tratamentos extraordinários, o mais benéfico e respeitoso seria o paciente receber cuidados que aliviem a dor e dêem conforto, deixando a natureza seguir o curso natural e ele terminar a vida com tranqüilidade[27]."

É importante ressaltar que isso não é abandono, omissão de socorro e muito menos eutanásia.

Na mesma linha de argumentação, ao comentar os incisos XXIII e XXIX da Lei 10.241, o teólogo moralista Dr. Márcio Fabri dos Anjos diz que o prolongamento não razoável, a qualquer custo, quando a hora da morte já chegou, é distanásia: do grego *dis* + *thanasia*, "morte lenta", ansiosa e com muito sofrimento. Pode ser até violência, uma vez que acaba submetendo a pessoa a recursos terapêuticos dolorosos ou degradantes, que não levam a nada. O inciso XXIII, portanto, dá substrato humano à terminalidade[27].

O dispositivo XXIV da Lei 10.241 diz que o sujeito tem o direito de optar pelo lugar da morte. Abre-se aqui um espaço interessante para o desenvolvimento

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do atendimento domiciliário (*home care*) e a introdução da filosofia de cuidados paliativos em domicílio em nosso sistema de saúde□.

Algumas Ponderações Éticas em torno dos Códigos e da Distanásia

A distanásia e a eutanásia têm em comum provocar a morte "fora da hora". A distanásia não consegue discernir quando intervenções terapêuticas são inúteis e quando se deve aceitar a morte em paz, como desfecho natural da vida. Neste comportamento, o grande valor que se procura proteger é a vida humana. Enquanto na eutanásia a preocupação maior é com a *qualidade* da vida remanescente, na distanásia a tendência é se fixar na *quantidade* dessa vida e investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo[32].

Entenderemos melhor a problemática da distanásia ao situá-la na transição da medicina como arte, nas suas expressões pré-modernas, para a medicina como técnica e ciência, na sua expressão mais contemporânea. Os avanços tecnológicos e científicos e os sucessos no tratamento de tantas doenças e deficiências humanas levaram a medicina a se preocupar cada vez mais com a cura de patologias e a colocar em segundo plano as preocupações tradicionais do cuidado com o portador das patologias. A saúde se define em termos de ausência de doença e o grande inimigo a derrotar é a morte. O importante é prolongar ao máximo a duração da vida humana. A qualidade dessa vida, um conceito de difícil mensuração pela ciência e pela tecnologia, fica em segundo plano.

A questão técnica, nesta ótica, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase avançada de sua doença e cuja terminalidade se constata a partir de critérios objetivos, como, por exemplo, a falência progressiva e múltipla de órgãos. A questão ética emergente, nada fácil de responder, é sobre o sentido de tudo isso e até quando se deve investir nesse empreendimento.

Um outro desafio importante na discussão da distanásia é a definição do momento da morte. Hoje o conceito é o de morte cerebral (ou encefálica). Em muitos casos, não há nenhuma dúvida sobre o óbito do paciente e o fato é aceito sem contestação por parte da equipe médica e da família. Há, porém, outros casos bastante polêmicos. A tecnologia sofisticada que permite suporte avançado de vida levanta a questão de quando iniciar e quando interromper o uso desses recursos. A crescente aceitação da constatação de morte encefálica como critério de morte humana é decisiva, não somente em casos de necessidade de liberação do corpo para enterro, mas também quando se pode utilizá-lo como fonte de órgãos para transplantes□□.

A distinção entre terapia e cuidados básicos abre horizontes para procedimentos éticos que evitam a distanásia. Cuidar da higiene do paciente, do seu conforto e da sua alimentação, na medida em que essa possa ser ministrada por via oral, constituem, sem dúvida alguma, cuidados normais. A obrigação ética de recorrer a qualquer outro procedimento que constitui ato médico ou terapêutico, incluindo alimentação artificial, precisa ser avaliada à luz da proporcionalidade entre o ônus para o paciente e para os responsáveis pelo seu bem-estar e os benefícios que razoavelmente possam ser previstos. Não há nenhuma obrigação de se iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando o sofrimento ou o esforço gasto é desproporcional aos benefícios reais antecipados. Neste caso, não é a interrupção da terapia que provoca a morte da pessoa, mas o processo patológico previamente existente.

Não obstante a discussão ética de a distanásia ser ainda incipiente na medicina brasileira, já surgem alguns sinais positivos de profissionais do país, especia-

□ A grande imprensa de São Paulo deu um destaque considerável a esta nova legislação estadual em relação aos tratamentos médicos na fase final da vida. Em *A Folha de S.Paulo* de 20 março de 1999, numa seção sobre saúde, lemos: "Lei permite a recusa de procedimentos dolorosos e a escolha do local da morte." Em letras garrafais: "Paciente ganha o direito legal de recusar tratamento." A partir dos depoimentos de vários experts médicos e de outras áreas, tais como bioética e religião, há um consenso no sentido de desideologizar o debate, diferenciando-o da eutanásia. Para o presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, Prof. Dr. Marcos Segre, a legislação "consolida o consenso de que o paciente não tem de obedecer ao médico sempre e promove o paciente a sujeito."

□□ Existe uma distinção nada fácil entre a morte neocortical e a morte do tronco cerebral que a ciência médica ainda está discutindo. O córtex é a sede da vida consciente e racional, ao passo que o tronco cerebral é sede das funções vegetativias. Diz Lepargneur que sobre esta base o francês faz uma importante distinção, que o inglês não faz, entre "coma irreversível" (morte cortical, fim da consciência subjetiva da pessoa) e "coma dépasse" (morte do tronco cerebral, morte total). É equivocado confundir o "coma depassé" da nomenclatura francesa e o "coma irreversível" da mesma, assim como os americanos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

listas em terapia intensiva, que se mostram sensíveis em relação à discussão da questão. Não procuram pura e simplesmente transplantar modelos de decisões éticas "alienígenas" (notadamente norte-americanas), mas refletir sobre a questão a partir da nossa realidade sociocultural◊.

Olhando para a realidade brasileira, o médico Délio Kipper[25] aponta as questões a seguir.

1. Questionamos nossas decisões em relação ao fim da vida porque temos a clara percepção de que ainda fazemos uso excessivo e inapropriado da tecnologia, prolongando inutilmente o sofrimento humano, gastando mal os finitos recursos destinados à saúde e ocupando mal os sempre insuficientes leitos das UTIs e emergências.
2. Encontramo-nos desamparados, sob o ponto de vista legal, para tomar qualquer decisão de não-oferta ou retirada de suporte vital.
3. Sentimos falta de normas e diretrizes sobre como conduzir o caso desses pacientes[25].

Em termos de propostas, Kipper expõe o seguinte em relação ao item 1: constatada a morte encefálica pelos critérios da Resolução 1480/97◊◊[13] do Conselho Federal de Medicina, os médicos devem comunicar aos familiares sua ocorrência e a total impotência da medicina em reverter tal condição, dando-lhes tempo para refletir e assimilar a situação antes de suspender os meios artificiais de sustentação das funções vegetativas. Este tempo não pode ser muito longo (mais de 24 horas), para não se caracterizar obstinação terapêutica. No caso de paciente terminal+, deve-se cuidar do conforto, prover cuidados paliativos, controlar a dor e dar apoio aos familiares. O médico expressa-se a favor de ordens de não-reanimação cardiopulmonar, de comum acordo com o desejo do paciente e/ou da família, não oferecendo tratamentos que possam ser caracterizados como fúteis ou sem propósito para evitar a distanásia.

Em relação à *legislação* (item 2), deveria ser proposta na reforma do Código Penal (1940) ainda em curso causa excludente de ilicitude, contemplando a ortotanásia e estabelecendo que não constitui crime deixar de manter a vida de alguém, por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou seu representante++. No Brasil, ainda não existe nenhuma legislação específica que proteja o médico na sua eventual decisão de não ressuscitar ou de abandonar os esforços ressuscitatórios. Existe risco legal para o profissional, que deveria ser suprimido[1].

Em relação à *falta de normas e diretrizes*, não é mais possível adiar a problemática sem discutir essas questões com a sociedade para se chegar a normas ou diretrizes que orientem médicos, pacientes e familiares. Exemplo disso é o que ocorreu com o Parecer 12/98 do Conselho Federal de Medicina, que reconhece os critérios de morte encefálica para qualquer paciente, seja ou não doador.

Na visão de Kipper, o contexto de decisões médicas no final da vida é sempre um momento único, crítico e absolutamente individual, para o médico, o paciente e os familiares. Essas decisões são menos complicadas quando existe uma boa relação médico-paciente-família e quando se tem a convicção de que a conduta proposta é a melhor para aquele doente, naquele lugar e naquele momento[25].

---

confundem "brain death" e "irreversible coma". Para alguns bioeticistas, a pessoa se define pela capacidade relacional consciente: a morte do córtex significa então morte da pessoa enquanto pessoa. Essa posição é defendida por exemplo pelo americano Joseph Fletcher, pelo Prof. Guy Durand, de Montreal e também pelo jesuíta francês Patrick Verspieren. Para outros, a morte cerebral do tronco é necessária para a declaração da morte do ser humano. A Academia Pontifícia de Ciências do Vaticano reuniu em 1985 um grupo de especialistas para discutir a questão do prolongamento artificial da vida. Foi definida a tese da morte do tronco cerebral: "A morte cerebral consiste na supressão irreversível de todas as atividades metabólicas e funcionais." Diz Lepargneur que, "reconhecer que a pessoa morreu quando entrou em coma irreversível (morte do cérebro superior) não significa, é preciso insistir, que seu corpo esteja pronto para a retirada de órgãos e para o enterro. Significa que se deixa o processo letal seguir seu curso natural, espontâneo, sem prolongar inutilmente a agonia ou uma existência vegetativa: é a recusa da obstinação terapêutica, não a declaração prematura da morte clínica do ser humano".

◊ O Conselho Federal de Medicina brasileiro publica a revista *Bioética*. Trata-se de um periódico pioneiro na área e cuja linha editorial contempla a discussão interdisciplinar e plural das questões. Tive a responsabilidade, juntamente com o Dr. Júlio Cézar Meirelles Gomes, de coordenar o "Simpósio sobre eutanásia" na edição n. 1 de 1999. A questão da distanásia é discutida no bojo da discussão da eutanásia. Destacamos as colaborações de Márcio Pallis Horta, Joaquim A C. Mota, Hubert Lepargneur, Délio Kipper, Genival Veloso França, Léo Pessini, Soren Holm.

◊◊ Cf. CONSELHO Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1480, de 8 agosto de 1997. Estabelece critérios para a caracterização de parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de 2 anos de idade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Diálogo é a palavra-chave na relação médico-paciente-família. Na visão do médico Joaquim Antônio César Mota[36], quem trabalha com pacientes criticamente enfermos necessita ter um treinamento intensivo e extensivo de técnicas de preservação e/ou restauração das funções vitais desses pacientes. Além disso, deve estar preparado para refletir sobre essas questões e ser capaz de dialogar com todas as partes envolvidas no processo, que tem como interlocutores os pacientes, os familiares e outros profissionais comprometidos na atenção ao paciente. Esse diálogo deve ter como meta o melhor interesse do paciente, sem o que perde o sentido, além de assumir como pressuposto que a ciência não pode responder às questões éticas, embora as fundamente via análise de dados e perspectivas científicas. A escolha é sempre fruto de uma decisão ética.

Este é o desafio ético no cuidado do paciente criticamente enfermo. Quando e como agir, fazendo o melhor possível para atender aos seus interesses, sem transpor a linha da futilidade, tarefa difícil, bem mais que apenas dominar o uso de tecnologia sustentadora de vida.

Perseguindo esta trilha humanista, o Dr. Márcio Pallis Horta[24] resume, a nosso ver com felicidade, tal questão polêmica e aponta para um desafio:

"Quando a vida física é considerada um bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte.

"Rebelarmo-nos contra a organização médica do morrer é tarefa inadiável. A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência: o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e aumenta, inutilmente."[24]

Desafios Éticos, p. 228. Cf. também a publicação: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. AIDS e ética médica. 2001. Esta publicação do CREMESP (julho – 2001), apresentada pelo Conselheiro Dr. Caio Rosenthal, trata das questões de ética médica relacionadas com a Aids. O verbete sobre eutanásia, na verdade, é uma reflexão sobre a distanásia. Faz-se inicialmente uma rápida referência à legislação brasileira e ao Código de Ética Médica (artigo 66) vigente, que proíbem a prática da eutanásia, mas, em seguida, a reflexão é sobre a distanásia. Na íntegra: "Cabe discutir o grau de obrigação do médico em tentar prolongar a vida de um paciente terminal, o tipo de recursos que ele é obrigado a utilizar nessas circunstâncias e o direito do paciente de opinar sobre essas questões."

A eutanásia médica passiva, ou por omissão, corresponde à não-utilização de recursos destinados a prolongar a vida de pacientes incuráveis, permitindo a evolução natural para a morte. Hoje é bastante aceito que o médico não tenha obrigações legais, morais ou éticas de utilizar, em casos irreversíveis, medidas que só levem a um prolongamento do processo de morte.

O Papa Paulo VI afirmou, nesse sentido, que o dever do médico consiste mais em esforçar-se por eliminar a dor que em prolongar, o máximo possível e com todos os meios disponíveis, uma vida que não é mais completamente humana. É óbvio, entretanto, que poderão ocorrer situações em que o médico hesite quanto à melhor conduta a tomar. Para auxiliá-lo, será muito importante e até obrigatório que as opções terapêuticas e as implicações sejam discutidas.

[+] Qual a definição de paciente terminal? O paciente terminal é definido como sendo aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo (por exemplo, três a seis meses). American College of Physicians Ethics Manual Part 2: The physician and society, research, life-sustaining treatment, other issues. Ann Intern Med., n. 111, p. 327-335.

[++] O Código Penal Brasileiro, que é de 1940, está em processo de reformulação há vários anos. Até 9 de janeiro de 2002 havia o anteprojeto de lei que altera dispositivos do Código Penal Brasileiro e dá outras providências. Na parte especial, artigo 121, título I, que trata dos crimes contra a pessoa, capítulo I, dos crimes contra vida, ao se referir à eutanásia é dito no parágrafo 3: "Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave: Pena – Reclusão, de três a seis anos." O que está diretamente ligado a nossa discussão é o que é dito a seguir na chamada exclusão de ilicitude, parágrafo 4: "Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão." A perspectiva evidencia um claro endosso do conceito de ortotanásia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A perspectiva entrevista pelo Dr. José Eduardo Siqueira[44], eminente cardiologista brasileiro de Londrina, Paraná, e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, ao comentar a respeito da utilização de tecnologia nas unidades de terapia intensiva vale registro:

"Desnecessário ressaltar os benefícios obtidos nessas unidades com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, tais como a recuperação de doentes com infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos, cuja recuperação pôde ser alcançada com o uso de engenhosos procedimentos terapêuticos. Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, pacientes com doenças crônicas incuráveis, apresentando intercorrências clínicas as mais diversas, que foram contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com freqüência, alcança-se plena recuperação, para os doentes crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, muitas vezes, não mais que vegetativo. Situação essa por nós conhecida como obstinação terapêutica, futilidade nos países de língua inglesa e encarniçamento terapêutico para os de fala hispânica. Até quando avançar nos procedimentos tecnológicos de suporte vital? O modelo cartesiano de medicina nos ensina muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e da morte. (...) Fomos educados para interpretar a vida como fenômeno estritamente biológico e incorporamos toda a tecnologia biomédica para perseguir essa utopia. A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduziu à obstinação terapêutica. Temos, portanto, um grave dilema ético que é cotidianamente apresentado aos médicos intensivistas: quando se impõe não utilizar toda a tecnologia disponível?"[33]

Percebe-se, a partir da reflexão precedente, um novo horizonte de sentido com o surgimento de um novo paradigma, o *biopsicossocial*. Temos entre nós, felizmente, já algumas sinalizações de preocupações dessa mudança em curso, que para além da excelência tecnocientífica, descobre a integralidade do ser humano.

Alguns Dados sobre a Dor na Realidade Brasileira

Embora nosso objetivo nesta seção seja ver a dor a partir da perspectiva clínica, no contexto da assistência médica em nosso país não podemos nos furtar de abordar a questão no contexto maior de nossa cultura, que é marcada pelo conformismo dolorista ("é assim mesmo"). Num *ethos* social marcado por desigualdade e exclusão, herança de nosso período de escravidão, "o pobre tem que sofrer", e o crente não menos para "ganhar o céu".

Voltemos o olhar para a dor no contexto clínico. Existe no Brasil, no Ministério da Saúde, um Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os Profissionais da Saúde[44].

O que entender por dor? A palavra "dor" origina-se do latim *dolore*. Os dicionários costumam defini-la como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele. A Associação Internacional para o Estudo da Dor, em 1986, conceituou cientificamente a dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões"[36].

O tema dor• é geralmente negligenciado pelos profissionais e educadores da área da saúde que elaboram os currículos de formação dos futuros profissionais da área. Estudos epidemiológicos (isto é: da freqüência e distribuição da dor na população) sobre ocorrência e etiologia (razões e origem) dos quadros álgicos são poucos, e o conhecimento sobre o tema ainda é bastante primário no Brasil. Sabe-se, porém, que a dor é a razão principal pela qual 75% a 80% das pessoas procuram o sistema primário de saúde. A dor crônica acomete parcela significativa da população brasileira e é apontada como a principal causa de falta ao trabalho, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. No Brasil, seis dos 11 medicamentos campeões de venda no ano de 1998 foram analgésicos e/ou antiinflamatórios[17].

• Basicamente, existem dois tipos de dor: as agudas e as crônicas. A dor aguda geralmente está associada a algum tipo de lesão corporal e tende a desaparecer logo que esta melhora. A dor crônica é aquele que perdura por mais de seis meses. É aquela que persiste além do tempo razoável e esperado para a cura de uma lesão, ou que está associada a doenças crônicas, causadores de dor contínua, ou que retorna em intervalos de meses ou anos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As dores oncológicas representam 5% das dores crônicas. Estima-se que 18 milhões de pessoas no mundo apresentem câncer diagnosticado atualmente e a dor é um problema comum nestes pacientes. Estudos têm apontado que a dor oncológica não tem sido adequadamente controlada, não por falta de recursos terapêuticos, mas por avaliação imprecisa do quadro de dor e utilização inadequada do arsenal antiálgico disponível.

Estudos nas unidades de cuidados paliativos e câncer da Organização Mundial de Saúde mostram que 4,5 milhões de pacientes em países em desenvolvimento e desenvolvidos morrem anualmente sem receber tratamento da dor e sem considerar os outros sintomas que prevalecem à dor e que também causam sofrimento.

Em suma, a dor ainda não recebe a atenção devida na assistência à saúde em nosso país. Necessitamos de programas de educação em relação a esta problemática para doentes, familiares, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. O desafio para a comunidade científica, para os profissionais da saúde e para toda a sociedade é a elaboração de um programa especial sobre esta questão nos currículos de formação dos profissionais. O tema dor deve ser discutido e esclarecido para que haja melhor compreensão e prevenção de sua presença, bem como seu controle[42].

Estes programas de educação devem fundamentar-se em alguns princípios básicos, que assinalamos a seguir.

A dor é uma experiência em que aspectos biológicos, emocionais e culturais estão ligados de modo indivisível e no seu ensino deve-se prover informação para que estes aspectos possam ser adequadamente considerados, investigados e abordados.

As intervenções terapêuticas devem sempre que possível atuar na causa da dor, sendo desejáveis as terapias que interfiram pouco na fisiologia e no comportamento normal do indivíduo, que sejam pouco complexas, menos dispendiosas e com mínimo potencial de complicações e efeitos adversos.

O conceito de qualidade de vida e o respeito pelos princípios éticos em saúde devem permear toda a atividade de ensino, pesquisa e assistência, incluindo o processo de tomada de decisão terapêutica.

A experiência assistencial representa a possibilidade de integração dos conceitos que envolvem o estudo da dor e de seu manejo. O treinamento deve incluir o atendimento aos doentes com dor realizado por todos os profissionais de saúde de forma integrada.

Entre os princípios que devem alicerçar os programas educacionais da área da saúde em dor, devem ser acrescentados os conceitos de cuidados paliativos e medicina paliativa, como já vimos anteriormente.

As escolas médicas, em geral, têm a graduação baseada no famoso relatório Flexner, datado de 1912, que fundamenta o ensino da medicina com uma visão biocêntrica/tecnocêntrica. O corpo humano é estudado por partes e a doença é vista como sendo o mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados sob o ponto de vista da biologia molecular e celular. O objetivo da ação médica é intervir física ou quimicamente para normalizar o funcionamento da unidade esfacelada. A finalidade da escola médica então era formar estudiosos de doenças, especialistas que atuassem em hospitais, e não capacitar os profissionais para cuidar de doentes. Tal modelo resulta numa visão reducionista da pessoa como um todo. A preocupação atual da relação entre as condições psicossocioculturais na expressão e na solução de questões de saúde implicou a inclusão de um conceito sociocêntrico na educação básica. Esta deve desenvolver-se na organização de currículos com fundamentação antropocêntrica, ou seja, competentes para formar profissionais capazes de contribuir para o bem-estar físico, psíquico e social dos doentes[42].

Cuidados Paliativos no Brasil

No Brasil, ainda que de forma incipiente, já começam a despontar experiências de assistência embasadas na filosofia de cuidados paliativos nas instituições de saúde••. A fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos em São Paulo, em 1997,

•• Esta associação tem entre outros os seguintes objetivos: a) proporcionar a vinculação científica e profissional entre a equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade; b) aperfeiçoar a qualidade de atenção aos enfermos que padecem de patologias crônico-evolutivas; c) fomentar as pesquisas no campo dos cuidados paliativos por meio de congressos, seminários e conferências, visando elevar o nível profissional, técnico e científico de todos os profissionais de saúde; d) desenvolver, assessorar e prestar assistência técnica sobre conteúdo, programas curriculares e acadêmicos de educação na área da saúde; e) estudar e discutir

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

é uma esperança maior de operacionalização entre nós da filosofia dos cuidados paliativos. Entre as razões de se fundar esta associação, é dito:

"A medicina paliativa vem assumindo importância crescente no mundo, incorporando o conceito de cuidar e não somente curar. O paciente passa a ser visto como um ser que sofre nos âmbitos físico, psicológico, social e espiritual. Os cuidados paliativos visam ao controle da dor, ao alívio de sintomas e à melhoria da qualidade de vida dentro de um enfoque multidisciplinar."[35]

Segundo informe da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, temos hoje no país apenas 29 serviços de cuidados paliativos, provendo assistência em ambulatório, na internação e em domicílio. Quase todas essas iniciativas nasceram de serviços de dor. Entre os desafios a serem vencidos mencionam-se: a. ausência de uma política nacional em alívio de dor; b. deficiência na educação de profissionais da saúde e comunidade; c. preocupações quanto ao abuso da morfina e outros opióides, causando aumento de restrições na prescrição e no fornecimento de morfina; d. limitações no fornecimento e distribuição de outras drogas necessárias para alívio de dor e outros sintomas; e. deficiência na formação dos profissionais de saúde responsáveis pela prescrição de analgésicos e outras drogas; f. carência de recursos financeiros para pesquisa e desenvolvimento de cuidados paliativos[#].

Existem sinais animadores na medicina brasileira no campo da introdução dos cuidados paliativos, pelo menos como preocupação nesta fase inicial. Começam a surgir trabalhos acadêmicos, teses de mestrado e doutorado e inúmeros seminários e eventos que abordam a questão. É o caso, por exemplo, da Dra. Maria Aparecida Telles Guerra, que desenvolveu sua tese doutoral na Universidade de São Paulo em 2001 abordando o cuidado com o paciente terminal de Aids, fundamentado na filosofia dos cuidados paliativos.

O ideal entrevisto e a ser atingido para a área de assistência à saúde na visão da médica é desenvolver uma consciência geral da importância do cuidar, principalmente quando curar não é mais possível; da prevalência da dor total, com seus componentes físico, psíquico e espiritual; do respeito às preocupações do doente; da aceitação da morte como um evento natural como o nascimento, o qual os profissionais da saúde devem assistir orientando, prevenindo complicações, aliviando sofrimento, auxiliando a torná-lo um evento menos doloroso e digno para todos os que dele participam[22].

Temos na medicina brasileira algumas vozes interessantes em relação à causa de uma medicina humana, que cuide do ser humano na sua globalidade. Eminentes médicos do país utilizam-se com freqüência da chamada grande imprensa e refletem sobre essas questões da medicina frente ao morrer. É o caso do Dr. Miguel Srougi, da Escola Paulista de Medicina, frente à morte do governador Covas e de um médico famoso em São Paulo, o Dr. Cutait. Diz o Dr. Miguel Srougi:

"Levando em conta os temores que povoam a mente dos pacientes terminais, os médicos só exercerão com grandiosidade o seu papel se assumirem a posição que ocupavam em épocas anciãs, quando, guiados por valores espirituais e religiosos, eram os guardiães do corpo e da alma. E também se misturarem seus poderosos elixires, que aliviam o sofrimento físico, com três poções mágicas de efeitos quase sublimes: ouvir sem julgar, expressar-se numa dimensão superior e estar ao lado continuamente."[46]

O que seria precisamente expressar-se nesta dimensão superior? Continua o Dr. Srougi:

"Significa eliminar os temores indevidos e reforçar a espiritualidade, pois questões transcendentais, como a vida depois da vida, o encontro com o ser supremo e a eternidade, diminuem o apego à existência física e trazem serenidade. Tão importante quanto isso, expressar-se de maneira adequada significa alimentar a esperança (...). E significa também falar para quem deseja ouvir, pois nem sempre os pacientes estão querendo escutar. Muitas vezes o silêncio solidário, a mão na mão e o olhar cúmplice são atitudes pacificadoras mais poderosas do que números e estatísticas frias ou tecnicalidades estonteantes lançadas sobre alguém que vive sob a desesperança."[46]

---

problemas éticos e suas implicações na prática dos cuidados paliativos; f) promover o bem-estar da comunidade, preservando a melhoria da qualidade de vida dos enfermos, nos diversos níveis de saúde.

[#] Informações colhidas no curso de treinamento em cuidados paliativos promovido pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde/Política de Controle de DST/Aids do Rio Grande do Sul, realizado em Porto Alegre em 30 de maio de 2001 a partir da palestra da Dra. Ana Georgia Cavalcanti de Melo, Presidente da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Uma leitura apressada desta postura profissional poderia simplesmente ser identificada como um saudosismo romântico do exercício da medicina como um sacerdócio, que acontecia somente na Antiguidade.

Conclusão

Em resumo, a reflexão ética sobre a distanásia, neste capítulo, partiu da ética médica brasileira codificada e seguiu com a análise dos paradigmas de medicina, a saber, o científico-tecnológico, o comercial-empresarial o da benignidade humanitária e solidária, e o biopsicossocial. Avançou na análise dos modelos de profissionais médicos decorrentes desse contexto maior, ou seja, o médico humano, o médico sábio e o médico tecnotrônico.

Em seguida, introduziu-se a discussão sobre a legislação brasileira emergente em relação à distanásia, no caso do estado de São Paulo. Trata-se da Lei 10.241 de 17 de março de 1999, que no seu artigo 2 diz que: são direitos dos usuários dos serviços de saúde no estado de São Paulo: XXIII — recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e XXIV — optar pelo local de morte[21].

Observamos que estamos passando por uma mudança de paradigma de medicina. A legislação expressa apoia-se num determinado paradigma que está mudando. A transformação acaba também influenciando as mudanças de legislação.

Resgatamos a seguir a opinião de alguns médicos brasileiros comentando que o processo do morrer em nossas instituições é ainda muito bruto e sofrido. Este cenário de sofrimento indigno pode mudar a partir de uma intervenção no aparelho formador dos futuros profissionais da saúde, especialmente os de medicina, para trabalhar o ser profissional de uma forma mais humana e ética, além do endeusamento unilateral da excelência em termos de competência tecnocientífica.

A crescente atenção que vêm ganhando na área da saúde os programas de humanização das instituições de saúde, especialmente UTIs, e o crescente interesse em cuidados paliativos e alguns projetos pioneiros no país de implementação desta filosofia de cuidado de pacientes terminais constituem-se num grande lance de esperança. Trata-se de uma alternativa saudável na direção de se criar uma nova cultura de respeito à dignidade do ser humano num momento crítico de sua existência, de enfrentar a própria morte.

Referências Bibliográficas

1. Abdalla LA. Aspectos éticos e médico-legais da ressuscitação cardiopulmonar – ordens de não ressuscitar. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo; 1997; 7(1): 175-181.
2. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. O mundo da Saúde 1998; 22:191.
3. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos.. Da biologia à ética. Campinas: Psy, 1994.
4. Bernard J. Esperanças e sabedoria da Medicina. Tradução Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Unesp; 1997.
5. Bernard J. False hopes: overcoming the obstacles to a sustainable medicine. New Brunswick: Rutgers University Press; 1999.
6. Bernard J. Setting limits: medical goals in an aging society. Nova York: Simon & Schuster Inc; 1988.
7. Callahan D. The troubled dream of life: living with mortality. Nova York: Simon & Schuster; 1993.
8. Callahan D. What kind of life: a challenging exploration of the goals of medicine. Nova York: Simon & Schuster Inc; 1990.
9. Carvalho MJ. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus Editorial; 1999.
10. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. Nova York: Oxford University Press; 1991.
11. Cassel EJ. The place of the humanities in medicine. Nova York: The Hastings Center Institute of Society, Ethics and the Life Sciences; 1984.
12. Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica resolução CFM n. 1246/88. Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 1988. Seção 1, p. 1574-1577.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.480/97. Disponível em http://www.cfm.org.br/_97.htm. Acesso em 29 de novembro de 2000.
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Aids e ética médica. 2001.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psiquiatry; 127: 535-544.
16. Engel GL. The need for a Nova medical model: A challenge for biomedicine. Science; 196: 129-136.
17. Fiqueró JA. A dor. São Paulo: Publifolha; 2000.
18. Fiqueró JA. Comentários ao Código de Ética Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
19. França GV. Eutanásia: infoque ético-político. Revista Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1999. p. 71-82.
20. França GV. Medicina legal. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
21. Gouveia R. Saúde Pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru; 2000.
22. Guerra MAT. Cuidados Paliativos na Assistência a doentes com Aids. Revista O Mundo da Saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003; 27(1): 81-88.
23. Holm S. Legalizar a eutanásia? Uma perspectiva dinamarquesa. Revista Bióetica. Conselho Federal de Medicina. Brasília: 1999; 7(1): 101-106.
24. Horta MP. Paciente crônico – paciente terminal – eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. Desafios Éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1993.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

25. Kipper D. O Problema da Decisões Médicas Envolvento o Fim da Vida e Propostas para nossa Realidade. Revista de Bioética. Conselho Federal de Medicina, Brasília; 1999; 7(1): 59-70.
26. Konner M. Have we lost the healing touch? Newsweek, 25 de junho de 2001. p. 41.
27. Lemes C. Direitos tornam-se lei. In: Gouveia R. Saúde Pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru; 2000.
28. Lepargneur H. Bioética da eutanásia – argumentos éticos em torno da eutanásia. Revista Bioética, Conselho Federal de Medicina, Brasília; 1999; 7(1). p. 41-48.
29. Lepargeur H. Morte cerebral e morte cerebral. Revista Eclesiástica Brasileira: 1993; 209: 87-98.
30. Marques J. O sonho da medicina infalível. Humanidades; 1994; 34: 352-357.
31. Marques J. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário; 1993.
32. Marques J. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G (orgs.). Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 171-192.
33. Martin L. O paciente terminal nos códigos brasileiros de ética (junho) médica I e II. Revista Eclesiástica Brasileira; 1993; 53: 72-86; 349-373.
34. Martin L. Saúde e bioética: a arte de acolher e conquistar o bem-estar. O Mundo da Saúde; 1996; 20(10): 368-373.
35. Mello AGC. Cuidados paliativos: uma nova abordagem no Brasil. Boletim Informativo ICAPS; 2001; 189: 3-4.
36. Mota JC. Quando um tratamento torna-se fútil? Bioética; 1999; 7(1): 35-39.
37. Mota JC. Distanásia: até quando investir sem agredir? Bioética; 1996; 4(1): 31-43.
38. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2001.
39. Pessini L. Eutanásia e as religiões. Revista Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1999; 7(1): 83-89.
40. Pessini L. Morrer com dignidade: Até quando manter a vida artificialmente? 4 ed. Aparecida: Santuário; 1994.
41. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 5 ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2000.
42. Pimenta CA, Soizumi MS, Teixeira J. Dor no doente com câncer: característica e controle. Rev Bras de Concerologia; 43(1). Disponível em www.inca.org.br/rbc/n_43/v1/artigo2_completo.html.
43. Sanvito WL. A medicina tem cura? Uma abordagem crítica da medicina contemporânea. São Paulo: Atheneu; 1994.
44. Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. Bioética; 2000; 8(1): 55-64.
45. Spinsanti S. Aliança terapêutica: as dimensões da saúde. São Paulo: Paulinas; 1992.
46. Srougi S. Covas, Critait e o morrer. Folha de S. Paulo, 2 de julho de 2001. p. A-3.
47. Srougi S. Bioética y antropologia medica. Santiago: Mediterraneo; 2000.
48. Stepke FL. La perspectiva psicossomatica en medicine: ensayos de aproximación. Santiago: Éditorial Universitário; 1994.
49. Stepke FL. Más allá del cuerpo: la construcción narrativa de la salud. Santiago: Éditorial Universitário; 1997.
50. Stepke FL. Proposiciones para una teoria de la medicina. Santiago: Editorial Universitária; 1992.
51. Volich RM. Psicossomática; de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

69 Eutanásia: Um Tema Polêmico

Lívia Terezinha Devens

Introdução

O envelhecimento populacional tem proporcionado reflexões em diversos aspectos da vida humana. O aumento de idosos com idade muito avançada, embora seja uma conquista da humanidade, vem atrelado a outras situações que são desafiadoras para a sociedade. A predominância de mulheres (viúvas), a diminuição do tamanho das famílias, o aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, a seguridade social inadequada, o aumento de prevalência de doenças crônico-degenerativas, o aumento do número de indivíduos com alta dependência, o aumento de gastos sociais são alguns dos temas da atualidade que têm sido exaustivamente discutidos com a intenção de alcançar soluções que proporcionem uma velhice digna, mas esses esforços apresentam resultados práticos ainda tímidos.

Neste contexto e associada às evoluções técnico-científicas vislumbra-se uma outra situação, qual seja, o "processo de morte" antes da morte. Em uma publicação referente à tríade eutanásia, morte e autonomia, é feita a seguinte observação:

"Com efeito, o progressivo envelhecimento da população — como o observado no Brasil — permite que um maior contingente de pessoas chegue à senectude, tornando-se mais suscetível às moléstias crônicas e degenerativas — como os cânceres — e, por conseguinte, a um processo de morrer mais 'prolongado' e sujeito ao sofrimento. Esse panorama se traduz em importantes problemas na área de saúde pública, como aqueles relativos ao uso de recursos para o tratamento desses enfermos, e na possibilidade de que um maior número de pessoas seja excluído da adequada assistência à saúde nesse momento tão crítico — a proximidade da morte. Assim, percebe-se que o debate sobre a bioética do fim da vida, longe de ser uma questão relativa ao indivíduo — aquele que morre —, constitui um autêntico problema de saúde coletiva."

Assim sendo, a "eutanásia" ressurge com um novo cenário: o envelhecimento/a tecnociência e o processo de morte. Sempre polêmico, mas sempre com justificativas parecidas. O propósito deste capítulo é informar conceitos pertinentes ao tema, sua atual condição nas sociedades e estimular o pensamento sobre esse assunto e todos os outros que estão intimamente ligados a ele. O leitor que minimamente conheça o assunto sabe que tratar de eutanásia é um desafio de dimensões consideráveis, posto que aborda vários aspectos da existência humana — éticos, morais e religiosos.

História

O termo *eutanásia* é oriundo do grego, tendo por significado *boa morte* ou *morte digna*. A prática com a qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vida de um doente reconhecidamente incurável. Foi usado pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., ao descrever a morte "suave" do imperador Augusto: "A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morrera rápido e sem dor, desejava para si e para os seus igual eutanásia (conforme a palavra que costumava empregar)[22]."

No século XVII, Francis Bacon utilizou eutanásia em sua obra *Historia vita et mortis* como sendo o tratamento adequado as doenças incuráveis.

Ao longo da história, o direito de matar sempre teve seus defensores. Assim, os espartanos jogavam do monte Taijeto os idosos e recém-nascidos deformados; ao senado de Atenas era permitida a eliminação de idosos e doentes incuráveis, por meio de bebida venenosa; no país ideal, segundo Thomas Morus, os débeis, aleijados e inúteis deviam morrer à míngua ou durante o sono; contemporaneamente, o médico holandês Pieter Admiraal vem realizando a eutanásia no Hospital Geral de Delft, já tendo sido processado e em seguida absolvido pela justiça holandesa.

Entre os proponentes, encontramos Ferri, Binet-Sangle e Ariosto Licurzi, que, em sua obra *O direito de matar*, coloca: "A última vitória da medicina — diante de sua impotência científica — quando é impossível triunfar sobre o mal incurável, será o adormecer do agonizante na tranqüila sonolência medicamentosa, que leva ao letargo e à morte total suavemente."

Entre aqueles que a repudiam estão Enrico Morcelli, Ricardo Royo-Villanova e Morales que, em sua obra *O direito de morrer*, assim se pronunciam: "O médico que se crê autorizado a abreviar os dias de um enfermo é cúmplice da morte. O único objetivo da medicina é fazer o bem em benefício da vida."

A palavra eutanásia durante muito tempo admitiu variados significados, levando mais a confusão do que a esclarecimento. O número de classificações já sugeridas nas diversas épocas e em diversos contextos socioculturais dá uma idéia de como o tema necessita de uma justificativa. Na Espanha, em 1928, Ricardo Royo-Villanova preconizou uma delas: súbita, eugênica, legal, estóica, natural, terapêutica e teológica. Na Bahia, o Professor Ruy Santos, em tese de doutorado no mesmo ano, propôs uma outra: homicida e suicida. Em 1942, o professor Jiménez de Asúa sustentou existirem apenas três tipos de eutanásia: libertadora, eliminadora e econômica. Sempre é importante lembrar que não se perca de vista o contexto histórico vigente à época, este último, em meio à Segunda Guerra Mundial.

O ilustrado professor espanhol, adepto da eugenia, deixa patente que a eutanásia bem poderia ser utilizada para a seleção de indivíduos ainda aptos ou capazes e na eliminação dos deficientes e portadores de doenças incuráveis; daí para as práticas eugênicas nazistas não foi muito longo o caminho percorrido: judeus, negros e ciganos dão, ainda hoje, testemunho da barbárie inspirada em tal sorte de idéias.

Os professores Carlos Fernando Francisconi e José Roberto Goldim descrevem os conceitos mais correntes atualmente, descritos no próximo item. Vários novos conceitos, como distanásia, ortotanásia, mistanásia, têm sido criados no intuito de esclarecer cada situação. Contudo, esta proliferação vocabular, em vez de auxiliar, tem gerado alguns problemas conceituais, como veremos mais adiante.

Conceitos

Eutanásia é definida no dicionário de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira como "morte serena, sem sofrimento; prática pela qual se abrevia sem dor ou sofrimento a vida de um enfermo incurável".

Seguem o conceito corrente em literatura e sua classificação de acordo com o critério considerado:

Quanto ao Tipo de Ação

- *Eutanásia ativa:* o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, com fins misericordiosos.
- *Eutanásia passiva ou indireta:* a morte do paciente ocorre, dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, com o objetivo de minorar o sofrimento.
- *Eutanásia de duplo efeito:* quando a morte é acelerada como uma conseqüência indireta das ações médicas que são executadas visando ao alívio do sofrimento de um paciente terminal.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quanto ao Consentimento do Paciente

- *Eutanásia voluntária:* quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente.
- *Eutanásia involuntária:* quando a morte é provocada contra a vontade do paciente.
- *Eutanásia não voluntária:* quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela.

Esta classificação quanto ao consentimento visa a estabelecer, em última análise, a responsabilidade do agente, no caso o médico. A discussão foi proposta por Neukamp[15], em 1937.

A seguir, outros conceitos relevantes para a discussão:

- distanásia: morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento.
- ortotanásia: atuação correta diante da morte. É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo.
- mistanásia: também chamada de eutanásia social. Leonard Martin sugeriu o termo mistanásia para denominar a morte miserável, fora e antes da hora.

Eutanásia: Uma Abordagem Global

A partir dessas definições, perpassaremos alguns aspectos que estão envolvidos na polêmica discussão da eutanásia. Para abordá-los, entretanto, é importante recordar alguns conceitos que os sustentam, quais sejam:

- *moralidade:* atitudes ou comportamentos de um indivíduo que reflete a visão do mais alto bem;
- *ética:* disciplina que tem como uma de suas funções estudar as atitudes e os comportamentos morais, buscando coerência e consistência entre eles e o mais alto bem;
- *lei:* exigência, permissão ou proibição da sociedade de atitudes e comportamentos que em uma dada cultura e em um certo tempo na história sejam considerados morais ou imorais;
- *medicina:* arte e ciência de evitar, curar ou atenuar as doenças;
- *religião:* crença na existência de força ou forças sobrenaturais, manifestação de tal crença pela doutrina e ritual próprios, devoção.

Aspectos Ético-morais

Alguns dos princípios morais que estão envolvidos no tema da eutanásia são a autonomia e a dignidade. O princípio da autonomia preocupa-se com o respeito pelas pessoas e suas idéias. Na literatura ela se apresenta como um dos pontos de sustentação da defesa da eutanásia, uma vez que autores advogam o respeito à decisão do indivíduo de intervir em sua vida. Assim é quando, por exemplo, um indivíduo, a princípio cognitiva e eticamente competente, sujeito a sofrimento que o leve a crer seja "justificável" que sua vida não deva ser levada adiante, opta por sua interrupção. Questiona-se se este indivíduo tem ou não o direito moral de escolher como terminar sua biografia, de acordo com seus princípios e valores.

Outros sustentáculos da defesa da eutanásia são a possibilidade de alívio da dor e do sofrimento. O apelo das pessoas envolvidas com um indivíduo próximo da morte é sempre: "Ele(a) tem o direito de morrer em paz e com dignidade." As associações criadas para reinvidicar o direito de morrer com dignidade advogam a eutanásia voluntária e apelam com a expressão "direito de morrer com dignidade". No Manifesto sobre a Eutanásia, registra-se "é imoral aceitar ou impor o sofrimento. Acreditamos no valor da dignidade do indivíduo; isto implica que o deixemos livre para decidir racionalmente a própria sorte".

A morte, então, além de estar ligada a tristeza e sofrimento, objetos do trecho do manifesto citado, também causaria temor: é o desconhecido que está por vir. Portanto, seria ingênuo achar que toda angústia de uma pessoa que pede para morrer estaria relacionada apenas ao fato de ter ou não ter sua dor controlada, justificando o crescimento desse movimento no mundo todo.

É inegável que morrer é uma experiência única para cada indivíduo e sofre influência de tudo o que está a seu entorno, ou seja, o lugar, as relações interpessoais, a religiosidade, os valores pessoais e os costumes e tradições que envolvem esse momento na cultura a que ele pertence. A morte por si só pode trazer temores que são negados por nós mesmos e pela sociedade. Este confronto com a morte é evitado quando direcionamos o momento para o hospital, por exemplo. Assim sendo, falecer pode ter o triste significado da despedida, do deixar de fazer parte deste único mundo conhecido, de afastar-se do convívio de pessoas queridas. E a dignidade?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A dignidade humana também pode servir de sustentação para os que são contrários à eutanásia. Assim, segundo Pessini[16,17], a expressão "direito de morrer" aparece pela primeira vez na Declaração dos Direitos do Enfermo, elaborada pela Associação Americana de Hospitais em 1973. Em 1975, numa audiência, o Papa Paulo VI reforça a necessidade de se "cumprir o dever de tratar e trabalhar em favor da vida humana, sem jamais aceitar a eutanásia, não abandonando nunca o pesado, mas humano, dever de ver uma vida terminar sua existência terrena com dignidade". E Klubler-Ross, tanatóloga, pioneira na abordagem aos pacientes terminais, vai mais longe e diz "(...) boa morte significa não sofrer e passar por sofrimentos intensos (...) significa que eu possa escolher onde morrer (...) que tenha a meu lado alguém que me escute (...) Morrer com dignidade significa que eu tenha permissão de morrer com meu caráter, com minha personalidade, com meu estilo". Vai de encontro ao conceito de Kant, para quem a dignidade se encontra no contexto do ser humano como o fim de si próprio e da conseqüente proibição de instrumentalizar totalmente o ser humano.

Ponderações contrárias à eutanásia envolvem o princípio da sacralidade da vida, que se explica com a seguinte descrição: "A vida humana é sagrada porque, desde a sua origem, supõe 'a ação criadora de Deus' e mantém-se para sempre numa relação especial com seu Criador, seu único fim. Só Deus é o senhor da vida, desde o princípio até o fim: ninguém em circunstância alguma pode reinvidicar o direito de destruir diretamente um ser humano inocente." Além de outras como o desgaste na relação médico-paciente; a possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por razões econômicas (por exemplo, questões de heranças, pensões, seguros de vida e outras) e a ocorrência de desajuste familiar/social, levando à possibilidade de o enfermo ter sentimentos de desvalia, de que sua condição é um verdadeiro "estorvo" para as pessoas a seu entorno, sentimento este que poderia deixá-lo, quando a morte se aproxima, sem outra perspectiva que não a "eutanásia".

Todos os argumentos — favoráveis e contrários — devem servir como reflexão para os profissionais que assistem pessoas enfermas, com necessidade de abordagem multiprofissional, para restabelecer sua qualidade de vida, em qualquer momento que ela se encontre.

Aspectos Médicos

A medicina é uma das práticas humanas que colocam o profissional diante de seus mais íntimos conflitos. O médico age no momento de maior fragilidade do ser humano: a doença. Qualquer que seja a causa da ruptura do equilíbrio da saúde num indivíduo, a medicina, na figura do médico, se propõe a intervir. Dessa forma, ele, o médico, é permanentemente confrontado com as indagações evocadas pelo sofrimento, em suas mais diferentes faces.

Na sua formação, o estudante de medicina é direcionado para identificar processos de doenças e, seguindo raciocínios lógicos, pesquisar, diagnosticar e tratar de forma curativa ou não a pessoa que o procura em sofrimento. Entretanto, com a evolução dos tratamentos médicos e toda a intervenção da tecnologia em suporte de vida, nos aproximamos de pessoas com sofrimentos crônicos, gerados por doenças ou seqüelas de acidentes externos que, embora permaneçam vivas, apresentam graves limitações de contato com o meio em que vivem. Casos em que a ação do médico isolada torna-se pouco eficaz no restabelecimento da qualidade de vida. É o momento da intervenção de uma equipe multiprofissional. Cito como exemplo as pessoas acometidas por doenças neurológicas em fase avançada, muitas vezes mantidas no leito, que dependem totalmente de terceiros para seu cuidado. Essa abordagem, assim como a questão da possibilidade da morte enquanto conclusão do ciclo de vida, e não como derrota no tratamento, é timidamente tratada nos cursos de graduação. Portanto, o médico recebe a instrução de não deixar a morte ocorrer. Ele vai empenhar todo seu conhecimento para impedi-la.

A esse respeito, é interessante a observação de Márcio Horta: "Quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte."

A questão da decisão de vida e morte é tão forte que na mitologia grega pode ser referenciado o mito de Asclépio[4], o deus grego filho de Apolo que, em seu aprendizado com o centauro Quíron, teria adquirido a habilidade de ressuscitar os mortos:

"Na verdade, [Asclépio] recebera de Atena o sangue que escorrera das veias da Górgona; enquanto as

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

veias do lado esquerdo tinham espalhado um veneno violento, o sangue do lado direito era benéfico e Asclépio sabia utilizá-lo para dar vida aos mortos. O número de pessoas que ele ressuscitou desse modo é considerável. Entre elas conta-se Licurgo, Glauco (filho de Minos) e Hipólito (filho de Teseu)"[11].

É possível considerar que o médico apresenta-se neste cenário da eutanásia como mais um dos pontos polêmicos. O papel a ele atribuído, como já descrito, além de cuidar, orientar, preservar e, se possível, curar, é evitar a morte. Entretanto, mais do que evitar a morte, atualmente, por motivos vários, mas dentre eles o envelhecimento populacional, associado muitas vezes a doenças crônico-degenerativas, que levam, nos seus estágios avançados, a chances maiores de sofrimento prolongado, à morte lenta e ao sofrimento, o médico necessita ser informado, mesmo treinado, para abordar estas situações cada vez mais freqüentes. Necessita ser inserida na formação profissional a abordagem desse tipo de paciente, que precisa geralmente de avaliação de uma equipe multiprofissional, interdisciplinar.

Quando nos voltamos para a leitura do Código de Ética Médica, reformulado em 1987 pela sociedade médica e outros setores da sociedade civil, sendo, portanto, um documento que retrata as expectativas da sociedade como um todo, podemos ler no Capítulo 1, intitulado "Princípios Fundamentais", no artigo 1, o seguinte: "A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza." E, seguidamente, o artigo 2: "O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade."

Atentando para o primeiro artigo, sobre a questão da discriminação, tendo em vista a informação de que a sociedade brasileira e mundial está no caminho do envelhecimento e que a nossa população se apresenta com número crescente de idosos, porém sem estrutura social adequada de suporte, preocupa-nos a possibilidade de muitas vezes serem os idosos alvos da mesma. Assim, embora mais informada, a sociedade ainda desconhece aspectos básicos do envelhecimento normal, tende a subestimar suas aptidões e, muitas vezes, limita sobremaneira suas iniciativas, fatos freqüentemente aceitos por eles próprios, que entendem a velhice como uma fase da vida improdutiva e de declínio, quer no setor pessoal, no social ou em outros. Sobrepõe-se a isso a limitação física e/ou mental aliada ou não a questões sociais (a rede de apoio familiar ou outra social) e econômicas e teremos um grande desafio, diariamente vivido pelos próprios idosos, sua família, os serviços de saúde e a sociedade como um todo. O indivíduo, ao necessitar de assistência médica em ambiente de nível terciário (hospital), certamente será alvo de reflexões para possíveis intervenções médicas. Poderá ser difícil distinguir entre discriminação pelo desconhecimento dessas informações e prudência ao se julgar uma intervenção em um idoso.

Outra questão relevante descrita no segundo artigo diz respeito ao entendimento de "saúde", "máximo de zêlo" e "capacidade". Assim, pela definição da Organização Mundial de Saúde, entende-se saúde como o "completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença". Enquanto isso seja possível, agir com o máximo de zêlo e o melhor de sua capacidade é algo óbvio e que deve ser o cotidiano do médico.

As indagações virão na medida em que prolongar a vida do indivíduo tornar-se o único objetivo do médico. Mais uma vez, entra a necessidade de o profissional de saúde estar atento às informações. Neste contexto, antes de se discutir a eutanásia, cabe a discussão da distanásia, a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, que será abordada em capítulo pertinente. Teoricamente se opõe à eutanásia, entretanto, do ponto de vista moral, ambas são tidas como eticamente inadequadas.

Importante ressaltar a ainda pouco conhecida abordagem do "paciente terminal" com "cuidados paliativos". O cuidado paliativo (do latim *pallium*, que significa manta ou coberta) implica o enfoque holístico, que considera não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais do existir humano", segundo Pessini[16,17]. Conforme a Organização Mundial de Saúde, "o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, o controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias".

Se estas informações fossem amplamente conhecidas pelos profissionais de saúde na sua completude, o que não é fato, talvez a idéia de "máximo zêlo" e "melhor capacidade" estivesse mais próxima da

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

abordagem adequada a este tipo de paciente e, possivelmente, a confusão de vocábulos e conceitos sobre a morte e como ela acontece ou deveria acontecer diminuiria, mesmo que estes profissionais estivessem sujeitos a ponderar interfaces sociais na tomada de decisões no atendimento ao paciente terminal.

Aspectos Legais

A eutanásia sempre suscita debate caloroso na sociedade. É uma prática proscrita por Hipócrates, já em 460 a.C., que deixa claro um dos fundamentos da medicina: *Primun non nocere* (não causar dano). O assunto continua sendo polêmico e freqüentemente é trazido à tona. Em 1988 foi publicado no Jornal da Associação Médica Americana um caso de eutanásia, pela primeira vez discutido abertamente num jornal respeitável. Mais tarde, no mesmo ano, talvez como resultado do artigo referido, o Conselho sobre Ética e Ocupações Jurídicas da Associação Médica Americana reafirmou sua oposição à eutanásia. Posteriormente, na Califórnia, uma iniciativa do Legislativo mostrou que, num futuro próximo, a eutanásia poderia vir a ser legalizada em certos locais dos Estados Unidos. Uma circular propondo um "documento de morte digna e humana" foi uma tentativa de legalizar a eutanásia através de um plebiscito. O resultado disso foi que 70% da opinião pública mostrou-se favorável à iniciativa e muitos julgaram-na bem-sucedida. Entretanto, quando traduzida em número de assinaturas, a iniciativa falhou ao coletar uma quantidade insuficiente para representação legal. Mas os organizadores prometeram rever os erros e voltar a fazê-la em breve.

A Associação Médica Britânica, apresenta um relato de poucas páginas para tratar da eutanásia. Já na introdução, muito objetivamente, o texto é direcionado para formular princípios gerais e uma política uniforme. O princípio central, articulado pelos grupos de trabalho foi, por exemplo, "a eutanásia ativa voluntária é moralmente errada e completamente inaceitável", e necessita de poucas páginas para isso. No restante do texto, esse estilo é mantido, sem mais discernimento das situações, e se alguém solicita tal prática, o ato não deve ser interpretado literalmente, mas sim como uma forma de chamar a atenção para o sofrimento. Logo, a eutanásia não é uma opção relevante adequada ao doente terminal. Finalmente, o documento afirma que a autonomia do paciente em findar sua existência deve levar o médico a questionar se o paciente é competente. Tais colocações foram interpretadas por alguns autores como autoritárias e eivadas de pré-julgamentos ao questionar a competência do doente diante de seu sofrimento.

A discussão da legalidade da eutanásia pelo mundo é intensa. Países como a Holanda, Bélgica e Suíça já permitem-na em sua legislação. Apresentarei o relato dessas legislações e, posteriormente, colocarei as iniciativas que existem em outros países.

Holanda

Mesmo sendo um país que pratica eutanásia abertamente, houve grande comoção da sociedade ao divulgar sua legalização, em 2001, como registrado na imprensa: "A Holanda tornou-se ontem o primeiro país do mundo a legalizar a eutanásia." E continua:

"Por 46 votos a favor e 28 contra, o Senado aprovou a lei que permitirá aos médicos abreviar a vida de doentes terminais. Do lado de fora do parlamento, com sede em Haia, cerca de dez mil manifestantes protestaram contra a aprovação da lei, que já havia passado pela Câmara dos Deputados em novembro de 2000. Eles cantavam hinos religiosos e liam passagens da Bíblia. Apesar dos protestos, pesquisas indicam que cerca de 90% dos holandeses apóiam a eutanásia. A nova legislação, que deverá entrar em vigor em meados do ano, formalizará uma prática que já vinha sendo adotada há décadas em hospitais holandeses. Os médicos terão que obedecer a regras rigorosas para praticar a eutanásia. O caso também deve ser submetido ao controle de comissões regionais encarregadas de fiscalizar se os requisitos foram cumpridos. As comissões serão integradas por um médico, um jurista e um especialista em ética.

"O texto da lei foi aprovado oficialmente ontem, mas, na prática, a eutanásia já era tolerada sob condições especiais desde 1997. Apenas no ano passado, houve 2.123 casos oficiais de eutanásia na Holanda — 1.893 doentes de câncer pediram a um médico que terminasse com suas vidas, o que representa 89% do total das eutanásias realizadas no país em 2000. Depois, aparecem pacientes com doenças neurológicas, pulmonares e cardiovasculares."

A legislação da eutanásia, no capítulo II, trata dos "Requisitos de cuidados adequados", assim descrito:

"Artigo 2

1. Os requisitos de cuidados adequados, mencionados no artigo 293, parágrafo segundo do código penal determinam que o médico:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- tenha a convicção de que o pedido do paciente foi voluntário e bem avaliado;
- tenha a convicção de que o sofrimento do paciente era intolerável e sem perspectiva de alívio;
- informe ao paciente a respeito de sua situação bem como sobre suas perspectivas;
- e o paciente devem chegar a uma conclusão juntos de que não havia solução alternativa razoável para a situação do paciente;
- consultou ao menos um outro médico, independente, que examinou o paciente e deu seu parecer por escrito acerca dos requisitos de cuidados adequados mencionados nas partes;
- abreviou a vida ou assistiu um suicídio com os cuidados adequados."

Há ainda ponderações acerca da capacidade de expressão do paciente assim como sobre menores de idade. No Código Penal foram feitas alterações, através de emendas e de outras leis. Assim, na referida legislação há, ainda, outras considerações acerca da autonomia do indivíduo, pois permite que o mesmo emita um pedido por escrito, transferindo a seu médico o direito de decidir sobre a condução do seu caso, quando não mais puder fazê-lo.

Manifestação silenciosa: cerca de dez mil pessoas protestaram contra a aprovação da medida que legaliza a eutanásia, diante do Senado (Fig. 69.1).



Fig. 69.1 Manifestação em Haia, Holanda. Foto publicada em *Zero Hora,* em 11 de abril de 2001.

Bélgica

A Bélgica tornou a eutanásia uma prática legal no ano de 2002. O caso diferencia-se do da Holanda por não ter na sua história uma trajetória de casos. A lei belga surgiu de um debate sobre a necessidade e a adequação da eutanásia. Quanto aos requisitos, sustenta:

"O médico que executa uma eutanásia não está praticando um ato ilegal se tiver se assegurado de que:

- o paciente é adulto ou menor emancipado e tem plena capacidade e consciência na época de seu pedido;
- o pedido é feito voluntariamente, é ponderado e reiterado e não resulta de pressão externa;
- o paciente se encontra numa condição médica irremediável e se queixa de sofrimento físico ou mental constante e insuportável que não pode ser minorado e que resulta de uma condição acidental ou patológica grave e incurável;
- atendeu aos requisitos e procedimentos determinados por esta lei."

A legislação prevê também requisitos para o médico que, de certa forma, restringem mais esta prática do que a holandesa. Também prevê a eutanásia quando indivíduos capazes deixam uma declaração escrita (declaração antecipada) de que desejam tal procedimento caso venham a apresentar condição acidental ou patológica grave ou estejam inconscientes e essa condição constitua uma situação irreversível no estado atual do conhecimento científico. O médico preenche um documento contendo informações sobre a realização da eutanásia e este é submetido a uma comissão de avaliação, que pondera se os critérios legais foram efetivamente cumpridos.

Austrália

Nos territórios do norte da Austrália esteve em vigor, de 1° de julho de 1996 a 24 de março de 1997, a primeira lei que autorizou a eutanásia ativa, que recebeu a denominação de Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais. A lei foi derrubada por uma pequena diferença de votos (38 a 34), apesar de as pesquisas de opinião referirem que 74% dos australianos são contra a revogação. A lei estabelecia os critérios a seguir para a realização da eutanásia:

- o paciente faz a solicitação a um médico;
- o médico aceita ser seu assistente;
- o paciente deve ter no mínimo 18 anos;
- o paciente deve ter uma doença que no seu curso normal ou sem a utilização de medidas extraordinárias acarretará sua morte;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- não deve haver qualquer medida que possibilite a cura do paciente;
- não devem existir tratamentos disponíveis para reduzir a dor, o sofrimento ou o desconforto;
- deve haver a confirmação do diagnóstico e do prognóstico por um médico especialista;
- um psiquiatra qualificado deve atestar que o paciente não sofre de depressão clínica tratável;
- a doença deve causar dor ou sofrimento;
- o médico deve informar ao paciente todos os tratamentos disponíveis, inclusive tratamentos paliativos;
- as informações sobre cuidado paliativo devem ser prestadas por um médico qualificado nessa área;
- o paciente deve expressar formalmente seu desejo de terminar com a vida;
- o paciente deve levar em consideração as implicações do ato para sua família;
- o paciente deve estar mentalmente competente e ser capaz de tomar decisões livre e voluntariamente;
- deve decorrer um prazo mínimo de sete dias após a formalização do desejo de morrer;
- o paciente deve preencher um certificado de solicitação;
- o médico assistente deve testemunhar o preenchimento e a assinatura do certificado de solicitação;
- um outro médico deve assinar o certificado atestando que o paciente estava mentalmente competente para livremente tomar a decisão;
- um intérprete deve assinar o certificado, no caso em que o paciente não tenha o mesmo idioma de origem dos médicos;
- os médicos envolvidos não devem ter qualquer ganho financeiro, além dos honorários habituas, com a morte do paciente;
- deve ter decorrido um período de 48 horas após a assinatura do certificado;
- o paciente não deve ter oferecido qualquer indicação de que não deseja mais morrrer;
- a assistência ao término voluntário da vida pode ser dada.

Essas medidas, na prática, tencionavam inibir solicitações por vezes sem evidências clinicamente comprováveis. Em recente revisão de cuidados paliativos em Instituições de Longa Permanência na Austrália, foi exposta a necessidade de um número maior e mais capacitado de profissionais para abordar o paciente terminal. Nessas instituições, na década de 1960, falecia 1% dos pacientes do sul da Austrália, margem que saltou para 20% na década de 1990 sem que tenha havido aumento de suporte técnico (profissionais capacitados) para este fim. Em 2004, foram lançadas por iniciativa do governo as Guidelines for a Palliative Approach in Residencial Aged Care, um programa de educação em cuidados paliativos com várias parcerias.

Estados Unidos

A eutanásia não é permitida.

Em abril de 1996, o juiz Stephen Reinhardt do 9° Tribunal de Apelação de Los Angeles, Califórnia, estabeleceu que a Constituição Americana garante o direito ao suicídio assistido a todo paciente terminal.

Colômbia

A Colômbia tem o consistente movimento pelo Direito a Morrer com Dignidade, criado em 1979 por Beatriz Kopp de Gomez. Houve no passado a aprovação de uma proposta de não processar o médico se houvesse "homicídio misericordioso", que foi anulada posteriormente.

Espanha

Na Espanha a eutanásia e o suicídio assistido constituem crime. O auxílio a uma pessoa que deseja se suicidar pode ter pena de seis meses a seis anos de prisão.

França

O código penal francês diferencia a eutanásia ativa da passiva. A eutanásia ativa é considerada homicídio, enquanto a passiva é considerada omissão de atendimento. A França se empenha na atuação dos cuidados paliativos implantados na década de 1980 em serviços de gerontologia.

Uruguai

O Uruguai talvez tenha sido o primeiro país do mundo a legislar sobre a possibilidade da eutanásia. No Código Penal uruguaio foi caracterizado o "homi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cídio piedoso", que aborda a questão das causas de impunidade.

De acordo com a legislação uruguaia, não recebe punição quem realizou a eutanásia, desde que preencha três condições básicas:

- ter antecedentes honráveis;
- ser realizado por motivo piedoso,
- a vítima ter feito reiteradas súplicas.

Vale destacar que isso não se aplica ao suicídio assistido, isto é, quando uma pessoa auxilia outra a se suicidar. Nesse caso não há possibilidade de perdão judicial. No mesmo Código.

Brasil

Entre nós, qualquer que seja a hipótese, a eutanásia constitui crime contra a vida. Efetivamente, dispõe o Código Penal Brasileiro em seus artigos 121 e 122: "Matar alguém. Pena: reclusão de seis a 20 anos.

"Parágrafo 1: Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral o juiz pode reduzir a pena de 1/6 a 1/3.

"Induzir ou mitigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Pena: reclusão de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão de um a três anos se da tentativa de suicídio resultar em lesão corporal de natureza grave."

O Código Internacional de Ética Médica dita: "O médico deve ter sempre presente o cuidado de preservar a vida humana. O médico deve a seu paciente completa lealdade e deve empregar em seu favor todos os recursos da ciência."

O nosso Código de Ética Médica determina no capítulo V, artigo 66: "É vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal."

Em nossa legislação não há exclusão de antijuricidade, isto é, não é atribuído ao médico o direito de praticar a eutanásia, logo a sua execução não deve merecer tolerância do sistema jurídico.

Tampouco inclui na lei penal a aprovação do solicitante entre as causas de isenção de pena. Entretanto, a eutanásia ativa voluntária, constituindo motivo de relevante valor moral ou social, figura entre as circunstâncias atenuantes, podendo a pena ser abrandada, nos termos do capítulo I, artigo 121 do Código Penal.

Está tramitando no Senado Federal o projeto de lei 125/96, elaborado desde 1995, que estabelece critérios para a legalização da "morte sem dor". O projeto prevê a possibilidade de que pessoas com sofrimento físico ou psíquico possam solicitar que sejam realizados procedimentos que visem a sua própria morte. A autorização para esses procedimentos será dada por uma junta médica, composta por cinco membros, sendo dois especialistas no problema do solicitante. Caso o paciente esteja impossibilitado de expressar a sua vontade, um familiar ou amigo poderá solicitar à Justiça tal autorização.

Também está tramitando o Anteprojeto de Lei que altera os dispositivos do Código Penal e dá outras providências, legislando sobre a questão da eutanásia em dois itens do artigo 121. Seguem documentos pertinentes ao tema da eutanásia.

Fontes de consulta das Diretrizes, Normas e Leis em Assistência à Saúde e Códigos de Ética Profissionais relacionados com o tema Eutanásia:

Capacidade Legal — Código Civil Brasileiro/2002 (em vigor a partir de 11/01/2003)

Capacidade Legal — Código Civil Brasileiro/1916 (revogado em 2003)

Convenção para a Proteção dos Indivíduos Com Respeito ao Processamento Automático de Dados Pessoais — ETS 108 — Conselho da Europa/1981

Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina — ETS 164 — Conselho da Europa/1997

Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina (clonagem) — Adendo ETS 168 — Conselho da Europa/1998

Convenção para os Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais — Conselho da Europa/1998

Critérios de Caracterização de Morte — CFM-Brasil/1997

Parecer sobre Morte Encefálica — CFM-Brasil/1998

Declaração Universal dos Direitos do Homem — vida privada — ONU/1948

Declaração de Durban sobre Aids/2000

Declaração de Gijón sobre Bioética/2000

Declaração de Madrid sobre Eutanásia — WMA/1987

Declaração de Marbella sobre Suicídio Medicamente Assistido — WMA/1992

Declaração de Veneza sobre Doença Terminal — WMA/1983

Appleton Consensus — Não implantar ou retirar medidas terapêuticas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Declaração sobre Eutanásia — Vaticano/1980

Doenças de Notificação Compulsória — Brasil/1996

Consentimento Informado para Procedimentos — CFM-Brasil/1982

Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90) — Brasil/1990 (artigos relacionados a temas de Bioética)

Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90) — Brasil/1990 (texto integral)

Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados — Brasil/1995

Estatuto do Idoso — Brasil/2003

Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais — Austrália/1996-1997

Lei sobre Morte Digna (Measure 16) — Estados Unidos/1994

Reprodução Assistida — CFM-Brasil/1992

Lei de Transplantes (Lei 9434/97) — Brasil/1997

Regulamentação da Lei de Transplantes (Decreto 2268/97) — Brasil/1997

Alteração da Doação Presumida (Medida Provisória 1718/98) — Brasil/1998

Alteração da Lei de Transplantes (Lei 10211/01) — Brasil/2001

Lei de Transplantes (Lei 8489, de 18/92) — Revogada

Quebra de Confidencialidade em Aids (CFM 1359/92) — CFM/1992

Planejamento Familiar — Esterilização (Lei 9263/96) — Brasil/1996

Princípios das Nações Unidas para o Idoso

Proposição de Política sobre o Cuidado de Pacientes Terminais com Dor Crônica — 1 WMA/1990

Código Penal Uruguaio — Eutanásia — 1934

Código Penal Holanda — Eutanásia

Declaração Ibero-Latino-Americana sobre Ética e Genética — Manzanillo II — 1998

Código de Ética Médica

Código de Ética do Aluno de Medicina (CRM/DF)

Códigos de Ética Médica (versões anteriores à atualmente vigente)

Resoluções do Conselho Federal de Medicina

Código de Ética da Psicologia

Código de Ética da Biologia

Código de Ética da Farmácia

Código de Ética da Enfermagem

Código de Ética da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional

Código de Ética da Odontologia

Código de Ética do Serviço Social

Código de Ética da Educação Física

Código de Ética da Nutrição

Código de Ética da Fonoaudiologia

Código de Ética da Medicina Veterinária

Legislação Brasileira — Base de Dados do Senado Federal Diário Oficial da União

Aspectos Religiosos

Entende-se religião como "crença na existência de força sobrenatural e manifestação de tal crença por doutrina e ritual próprios", como definido no *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira.

As religiões proporcionam acolhida e reflexão em momentos de sofrimento e dor. Propõem reavaliação e redirecionamento do sentido da vida, da liberdade, da justiça e da própria consciência. Consideram também uma responsabilidade ética, discutindo as conseqüências das ações e omissões de assuntos que envolvem o homem.

Em quase todas as religiões, a vida é vista como sagrada.Tomando por referência alguns trechos da Bíblia, deparamo-nos com várias citações sobre a vida e seu transcurso. Refere-se à finitude, por exemplo, no livro de Eclesiastes 3,1 2: "Há um momento para tudo e um tempo para todo o propósito debaixo do céu. Tempo de nascer e tempo de morrer." Tal afirmativa é firmada novamente no mesmo livro no capítulo 3, versículo 11, em "tudo o que Ele fez é apropriado a seu tempo (...) sem que o homem possa atinar com a obra que Deus realiza desde o princípio até o fim", tornando a vida uma atribuição Dele, com propósitos desconhecidos pelo homem, mas certamente conhecidos para Ele. Vida e morte, prazer e sofrimento, alegria e dor. Tudo.

Algumas religiões serão citadas e será mencionada sua posição com relação a eutanásia.

Budismo

É uma filosofia de vida. A vida é transitória e a morte, inevitável. O momento da morte é fundamen-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tal, pois o que governa o renascimento é a consciência e a aprendizagem na hora da morte; por isso é importante ter pensamentos apropriados nesse momento. Valoriza-se muito a decisão pessoal sobre o tempo e a forma da morte. A vida não é divina, e sim do homem, e a preocupação está na evolução da pessoa, na lei do karma. As drogas são administradas para aliviar a dor, mesmo que possam matar.

Islamismo

No seu entendimento, a vida é sagrada e tudo deve ser feita para protegê-la, assim como o corpo. Deus é a suprema força e o suicídio é considerado transgressão.

Judaísmo

Necessita da definição do momento da morte. A morte não deve ser apressada e o moribundo deve receber os tratamentos dos quais necessita. Em se tratando de doença incurável, não se deve deixar de cuidar e a pessoa não pode ficar sozinha no momento da morte.

Cristianismo

A eutanásia é condenada como uma violação da lei de Deus.

Porém, muito mais que mostrar o fim, a morte por vezes nos convida a refletir sobre a nossa vida. Tais pensamentos que quase nunca nos permitimos, por estarmos sempre planejando o futuro, acontecem muitas vezes na morte de pessoa mais intimamente relacionada à nossa vida. Nesse momento aparece então o sentimento de dor, dor da perda. Dessa forma, passamos a reconhecer nossa finitude.

Se tratar da morte é um tabu em nossa sociedade, tratar do processo de morte que hoje vivemos é algo mais limitante ainda. Mesmo que existam valores, crenças, estilo de vida, o sofrimento muitas vezes irrompe como algo insultante, do qual o afastamento torna-se o objetivo. Diante desse quadro, a morte converte-se numa reivindicação, quando a existência, limitada por incapacidades do corpo e afundada na dor e no sofrimento, faz-se angustiante e sem expectativas de melhora: a eutanásia.

Essa alegação da dor e do sofrimento como a motivação para a eutanásia é interpretada como recusa ou o esquecimento do relacionamento humano com Deus, como vimos na breve referência às religiões. É pertinente lembrar que estamos diante de uma sociedade caracterizada por uma mentalidade de "eficiência", na qual se faz danoso e inaceitável o número crescente das pessoas idosas e debilitadas que, não raro, acabam isoladas da família e dessa mesma sociedade, posto que uma vida irremediavelmente incapaz não se traduz de forma a ser valorizada.

A valorização da vida e o controle da dor e do sofrimento são temas já há muito abordados. Registros descrevem que foi no século XV que se originaram os termos ordinário/extraordinário, devido aos procedimentos cirúrgicos ainda sem anestesia e ao pós-operatório, sem antibiótico. O termo ordinário significa a preservação da vida com tratamentos que ofereçam de fato benefício com custo acessível. Extraordinários são tratamentos que só são obtidos com custos elevados, além de dor e outros inconvenientes. Entretanto, houve uma nítida mudança no significado dos termos, manifestada num documento mais recente, intitulado "Declaração sobre a Eutanásia do Vaticano", do papa João Paulo II. "(...) Assim algumas pessoas preferem falar de meios 'proporcionais' e 'desproporcionais'. De qualquer forma, será possível fazer um julgamento correto quanto aos meios estudando o tipo de tratamento a ser usado, seu custo e a possibilidade de praticá-lo. E comparando estes elementos com o resultado que pode ser esperado, levando em conta o estado da pessoa doente e seus recursos físicos e morais." Dessa forma, um fator determinante que torna um meio opcional ou não é o estado da pessoa doente e o resultado que pode ser esperado. Um meio pode então ser tanto ordinário (alimentar, hidratar...), quanto extraordinário (entubar e colocar sob ventilação mecânica, indicar hemodiálise...), dependendo do estado do paciente. A Igreja Católica, em publicação da Encíclica de João Paulo II sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana, sob o título de *Evangelium Vitae,* faz distinção entre eutanásia e "excesso terapêutico", e considera que "a renúncia a meios extraordinários não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana frente à morte".

Um outro aspecto discutido pela Igreja é a licitude do recurso de diversos tipos de analgésicos e sedativos para aliviar a dor, quando isso comporta o risco de encurtar a vida, o que há muito, ainda pelo papa Pio XII, foi tido como lícito. Por fim, o *Evangelium Vitae* sentencia: "A eutanásia é uma violação da lei de Deus; (...) comporta a malícia própria do suicídio ou

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do homicídio, (...) que é a rejeição da soberania absoluta de Deus sobre a vida e sobre a morte", quando se refere a quem a solicita, e "... cúmulo do arbítrio e da injustiça, quando alguns indivíduos se arrogam o poder de decidir quem deve morrer e quem deve viver (...) é tornar-se como Deus", ao se referir aos médicos que a praticam. Atribui ainda ao que chama "relativismo ético", a origem desses males, que faz com que a sociedade volte-se de forma tolerante e legitimada a atitudes consideradas insultos contra a vida.

Sabemos, contudo, que a natureza humana, apesar de originalmente incrédula, com o passar do tempo e através das experiências colecionadas transforma o homem, mais cedo ou mais tarde, num ser sensível aos apelos daqueles menos felizes. Talvez seja essa a mola propulsora da humanidade: *esperança*. E talvez seja ela que nos faz crer que o homem possa se tornar melhor e mais apto a discernir entre as questões presentes na existência, tais como vida, morte, processo de morte, meios de manutenção da vida e da morte, de modo que atue com prudência e consciência no momento em que se deparar com o sofrimento alheio. Assim é que hoje, cada vez mais, afirmam-se como prática na medicina os cuidados paliativos, que implicam um enfoque holístico, considerando a dimensão física, assim como as preocupações espirituais, psicológicas e sociais. Que reconhece a morte como parte da vida.

Considerações Finais

A eutanásia, no seu sentido amplo e geral, permanece sendo assunto polêmico, com muitas perguntas, muitas respostas e pouca ou nenhuma conclusão nas várias áreas da sociedade. Uma pesquisa realizada na Holanda, em 1986, constatou um fato: foram solicitados 900 médicos para dissertar sobre como decidiam em quem realizar a eutanásia; porém, apenas 44% responderam à solicitação; os outros 56% alegaram "estar ocupados", impossibilitando a entrevista. Dos primeiros, 48% responderam que receberam um ou mais pedidos para fazer a eutanásia ativa. A *eutanásia* é considerada uma prática relativamente comum — sobretudo a *passiva* —, mas a ativa também acontece, como destaca Peter Singer[20]: "Cálculos aproximados [na Holanda] indicam que cerca de 2.300 mortes resultam, todos os anos, da prática desse tipo de eutanásia [ativa]." Ainda na Holanda, pesquisas em 1995 mostraram que em torno de 57% de todas as mortes foram precedidas pela decisão de retirar o suporte de vida; 23% dos pacientes foram submetidos ao uso de droga capazes de antecipar a morte.

Estes registros pretendem oferecer informações gerais sobre eutanásia, a fim de estimular reflexão e dissuasão deste assunto, pois a complexidade do mesmo não nos permite esgotá-lo. As informações existem em abundância e envolvem muitas faces de uma mesma questão: a vida humana. É surpreendente o volume de literatura descrita voltada para este assunto. Chamar a atenção para o tema e promover discussões seria a intenção deste capítulo. Exemplo disso são as citações abaixo, contra e a favor da eutanásia:

A citação de Jerome Frank, juiz da Suprema Corte dos Estados Unidos, sobre pena de morte, transportada, porém, para a eutanásia: "Se os julgamentos humanos fossem infalíveis, ainda uma sentença de morte seria imoral, porque nenhum homem pode pretender desempenhar o papel de Deus. Mas semelhante tese não precisa ser considerada, porquanto toma o impossível como verdade. A experiência demonstra a falibilidade das decisões judiciárias. Os tribunais consideraram culpadas pessoas inocentes. Como poderia uma sociedade arriscar-se a ordenar o homicídio judicial de um inocente?" De outra forma, se há possibilidade de erro médico, como poderia uma sociedade arriscar-se a outorgar ao médico o direito de decidir sobre a vida do seu semelhante?

Schopenhauer faz um comentário sobre isso: "Para o próprio indivíduo, a morte consiste meramente no momento em que a consciência desaparece definitivamente, desde a ocasião em que cessa a atividade do cérebro. O prolongamento dessa parada a todas as outras partes do organismo já é na realidade um *evento após a morte*."

Opiniões acaloradas como estas estão presentes em todo trabalho descrito de eutanásia.

Referências Bibliográficas

1. Baldessin A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontotologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 491.
2. Battin MP, Bole TJ. Legal euthanasia: ethical issues in an era of legalized aid in dying. J Med Philos; 1993; 18: 269.
3. Cassorla RMS. Da morte, estudos brasileiros. São Paulo: Papirus Editora; 1991.
4. Cedrola JPV, Carvalho GA, Bezerra TS et al. Asdépio, mito e medicina. Rev Fac Med Teresópolis; 2003; 5(2): 47.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

5. Chiba T. Assistência ao idoso terminal. In: Papaléo Neto M (ed.). Gerontologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 431.
6. Código Internacional de Ética Médica. Terceira Assembléia Geral da Associação Médica Mundial. Londres, 1949.
7. Cooper J, Glaetzer K. Recognising the need for palliative care in aged care. Australasian Journal on Ageing; 2004; 23 (4): 162.
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Processo consulta nº 1.752 28/87.
9. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica. 4 ed. 1988.
10. Ernlé NY. Vida e morte na UTI. In: Tratado de terapia intensiva. São Paulo: Editora Manole Ltda; 1994. p. 50.
11. Grimal JP. Dicionário de mitologia grega e romana. 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1997.
12. João Paulo II. Carta encíclica, Evangelium Vitae. São Paulo: Edições Paulinas; 1995.
13. Kovacs MJ. Bioética nas quetões da vida e da morte São Paulo: Psicologia USP; 2003.
14. Meier DE, Cassel CK. Euthanasia in old age: a case study and ethical analysis. J Am Geriat Soc; 1983; 31: 24.
15. Neukamp F. Zum problem der Euthanasil der Gerichtssaal 1937; 103: 403.
16. Pessini L (ed.). Eutanásia. São Paulo: Edições Loyola/São Camilo; 2001.
17. Pessini L (ed.). Distanásia. São Paulo: Edições Loyola/São Camilo; 2001.
18. Rodrigo SB, Fermin RS. "Eytanasia": pelas veredas da morte e da autonomia. Rev Ciênc Saúde Coletiva; 2004.
19. Segre M. Eutanásia: aspectos éticos e legais. Rev Ass Med Brasil; 1986; 32:141.
20. Singer PA, Siegler M. Euthanasia — a critique. The N Engl J Med; 1990; 322: 1881.
21. Sponholz OL. A conduta médica: a ética e a lei. Arq Cons Region Med do PR; 1991; 7: 133.
22. Suetônio. A vida dos dozes Cesares. 2 ed. São Paulo: Prestígio; 2002.
23. Wachter MAM. Active euthanasia in the Netherlands. JAMA; 1989; 262:3.316.
24. Zenilman ME, Roslyn JJ. Surgery in the elderly patient II. Surg Clin North Am; 1994; 74: 244.
25. http://www.hcpa.ufrgs.br/gppg/eutancri.htm

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

70 Peculiaridades Éticas em Gerontologia

Luiz Eugênio Garcez Leme

Introdução

A atuação do gerontólogo, quer individualmente, quer participando da equipe de saúde, reveste-se em seu dia-a-dia de ações e decisões eminentemente éticas.

Efetivamente, o interesse pela Ética tem se intensificado nos últimos anos entre a comunidade científica, principalmente entre os que se dedicam às ciências físicas e biológicas, outrora menos preocupada com os problemas de ordem filosófica.

Este interesse parece ter como causa, em uma vertente, o surgimento, principalmente no campo da pesquisa biológica e, de maneira mais evidente, na área das ciências da saúde, de problemas e situações que trazem em seu bojo questionamentos de ordem ética, sejam os transplantes de órgãos, a fecundação extra-uterina artificial, o progressivo isolamento social das populações idosas, a definição biológica de morte, a manutenção artificial de vida vegetativa etc. É significativa, a este respeito, a opinião do professor Robert Spaelmann[8], catedrático de Filosofia da Universidade de Munique e especialista em bioética: "A prática vital ordinária dispõe de tradicionais regras normativas de conduta sobre as quais normalmente não se pergunta demasiado. O progresso técnico ampliou de tal maneira nossas possibilidades de ação que estamos diante de problemas para os quais não existem soluções tradicionais." Observamos, ainda, em outra vertente, a compreensão de que a ética, ciência dos costumes, como de resto toda a filosofia, não é um passatempo bizantino para iniciados, mas um imprescindível instrumento que permite ao homem questionar-se e localizar-se como pessoa na natureza.

No caso concreto do cientista tem-se procurado e conseguido responder a muitos "Como?" do conhecimento humano. Talvez seja a hora de começarmos a responder aos porquês, e esta resposta somente a filosofia pode oferecer.

Este novo posicionamento fica patente em alguns países, como é o caso dos Estados Unidos, com uma sociedade reconhecidamente pragmática e que tem departamentos e especialistas em ética em diversas entidades científicas. No caso concreto da American Geriatrics Society podemos encontrar um Departamento de Ética e Humanidades, bem como uma seção exclusiva para estes temas no seu órgão de comunicação oficial, o *Journal of the American Geriatrics Society*.

O gerontólogo, pela própria condição de cuidador de uma faixa da população freqüentemente dependente, em algum grau, de apoio social ou familiar, convive no cotidiano com situações peculiares do ponto de vista ético, necessitando, por vezes, de um aprofundamento de conceitos essenciais.

O atendimento ao paciente idoso coloca-nos diante de diversos enfoques éticos que poderíamos dividir de maneira simplista em:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- aspectos éticos do idoso enquanto pessoa;
- aspectos éticos do idoso como cidadão;
- peculiaridades éticas da atuação gerontológica.

O Idoso como Pessoa

A condição essencial de todo ser humano é sua personalidade (ser pessoa). Esta condição determina a dignidade inerente a todos os seres humanos, dignidade que é do indivíduo (pessoa) e não do gênero humano. Temos, pois, uma dignidade que é individual e intrínseca, diretamente relacionada à nossa condição de humanos.

Impõe-se aqui uma definição de *pessoa*. Segundo Boécio[1], poderíamos definir pessoa como uma *substância individual de natureza racional,* ou seja, que subsiste por si como indivíduo (indivisível) e que tem como peculiaridade a natureza racional pela qual, a partir de realidades sensíveis percebidas pelos órgãos dos sentidos, podem-se atingir realidades abstratas somente conhecidas pela razão.

É importante ter em mente que, no universo material, somente o homem tem essa natureza racional e, portanto, somente o homem pode ser pessoa, tendo a capacidade de refletir sobre a natureza e sobre si mesmo, podendo diferenciar o bem do mal, sendo portanto apenas o homem, neste universo material, um ser essencialmente ético.

Por outro lado, essa possibilidade constante de escolha entre diversas alternativas comportamentais e de objetivo constrói para cada um de nós uma história de vida única e irrepetível, uma *biografia,* caracterizando o homem como um ser biológico e biográfico.

Esta já referida dignidade individual, intrínseca à pessoa humana, tem por causa e objeto a pessoa em si na sua integração material e racional, subsistindo em qualquer condição de vida humana, independendo de fatores externos, de limitações de ordem material, física ou intelectual, desde a concepção, na qual já se pode definir nos primeiros segundos da união dos gametas as características da individualidade do ser humano existente e, portanto, da pessoa, até o momento de sua morte.

Vivemos em uma sociedade que tem se caracterizado por uma visão utilitarista do ser humano. Freqüentemente, as pessoas são valorizadas pelo critério de ter ou de poder, mais do que pelo de ser. O idoso, freqüentemente improdutivo materialmente e intelectualmente diminuído, corre o risco de ser considerado um indivíduo menos útil e, portanto, menos digno, não só pela sociedade, mas, também, infelizmente, pelos próprios profissionais da saúde. Impõe-se aos gerontólogos definir e defender, quando necessário, esta dignidade humana presente nos pacientes que freqüentemente não podem assumir tal defesa.

Fruto imediato dessa dignidade humana são os direitos que a pessoa tem pelo fato de ser pessoa, também conhecidos como direitos da pessoa humana ou *direitos humanos*. Destes, o primeiro e fundamental é o *direito à vida*. Este direito deriva de ser o corpo humano uma parte substancial do composto unitário pessoal, ou seja, o corpo é parte integrante e imprescindível da pessoa humana e, portanto, tem os direitos inerentes à dignidade humana. Quase na mesma escala de importância vem o *direito à intimidade, ou* seja, à preservação do ambiente psicológico que permita à pessoa escolher livremente suas opções existenciais, o que equivale dizer: o direito de escrever sua própria biografia. Para este fim, deve-se considerar inicialmente as peculiaridades éticas da preservação da vida e do segredo profissional no exercício cotidiano da gerontologia.

Os conceitos referidos são particularmente importantes numa época como a nossa, em que freqüentemente grupos de pressão tentam legalizar procedimentos que relativizam o valor da vida ao útil ou ao cômodo, como no caso dos grupos pró-aborto ou pró-eutanásia, bem como podemos observar meios de comunicação, como a televisão e os jornais, desconsiderarem de maneira grosseira valores de preservação da intimidade pessoal.

A Preservação da Vida: a Eutanásia

Quanto à consideração gerontológica sobre o direito à vida da pessoa idosa, é indispensável uma consideração ética sucinta sobre a eutanásia.

A etimologia do termo deriva do grego, significando *boa morte,* sendo, portanto, etimologicamente, algo bom e mesmo desejável. No entanto, o termo é usado para denominar situação em que se tomam medidas para abreviar ativamente a vida de uma pessoa, por opção do médico ou da família ou por opção do paciente — situação esta que alguns autores definem como suicídio assistido —, ou se subtraem cuidados indispensáveis à manutenção desta mesma vida, por motivos supostamente piedosos, como incurabilidade, demência etc.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Podemos assim observar diversos tipos de eutanásia, sendo os mais comumente referidos os já descritos, por *comissão,* quando ativamente se abrevia a vida, ou por *omissão,* quando os meios necessários indispensáveis são subtraídos.

O erro ético essencial da eutanásia consiste em arvorar-se o profissional de saúde ou a família em juíz do direito à existência de uma pessoa, direito este que lhe é intrínseco, independendo de julgamento externo e mesmo do julgamento do próprio indivíduo, pois não cabe nem mesmo ao próprio indivíduo dispor arbitrariamente de sua dignidade humana. Na verdade, embora a dignidade seja individual, ela não nos pertence por mérito pessoal, mas pela situação de ser humano. Não podemos, pois, por exemplo, vendermo-nos como escravos ou amputar uma parte sadia de nosso corpo sem cometermos uma grave agressão ética à nossa condição de pessoa humana, que não tem, do ponto de vista ético, o direito de amputar o maior dos bens humanos, que é a vida. Nesta perspectiva, é o suicídio, assistido ou não, tão imoral quanto qualquer outro homicídio, quer para o suicida, quer para seus assistentes.

Nesta condição, coloca-se um problema ético freqüentemente aventado e que traz grande carga de confusão, uma vez que não se trata de eutanásia tal como definida neste parágrafo: até que ponto é necessário manter um paciente vivo por meios artificiais? É uma realidade triste, freqüentemente observada em unidades de terapia intensiva, a permanência de pacientes sem perspectiva imediata de recuperação, muitas vezes em fase final de neoplasia ou com problemas neurológicos irreversíveis, mantidos artificialmente com grande desgaste para a família e para a instituição.

Pode-se afirmar que o profissional da saúde não é moralmente obrigado a manter a vida humana a qualquer custo. É evidente que a morte é para todos nós uma realidade inquestionável, da qual não escaparemos nem nossos pacientes; assim, a morte não é, em si, imoral. O que obriga o profissional de saúde e a instituição é a utilização de meios proporcionados para a manutenção da vida, principalmente da vida consciente. Esta proporcionalidade dos meios é, algumas vezes, de caracterização tênue, dadas as muitas variáveis em jogo. Por exemplo: o implante de um marcapasso temporário pode ser um meio desproporcionado em um paciente em fase final de neoplasia e coma *dépassé*, e naturalmente proporcionado em um paciente na fase aguda de um infarto do miocárdio. O mesmo procedimento poderá ser proporcionado dentro de uma UTI em São Paulo e desproporcionado em uma enfermaria de Santa Casa do interior; no entanto, na atual situação da assistência médica, meios cada vez em maior número vão se tornando proporcionados pela facilidade que supõe sua utilização. Pode-se considerar desde já que medidas como alimentação, hidratação, oxigênio e mesmo antibioticoterapia são proporcionados em qualquer situação médica. Por outro lado, abreviar a vida por qualquer meio, de maneira direta e ativa ou por omissão de cuidados proporcionais, quer o paciente autorize ou não, será sempre imoral pelas razões referidas.

A Preservação da Intimidade: o Segredo Profissional

Quanto ao sigilo profissional, o gerontólogo vive, muitas vezes, angustiantes perplexidades. Como manter a intimidade do paciente e ao mesmo tempo zelar por sua saúde junto à família?

O trabalho em saúde é freqüentemente relacionado à necessidade de algumas virtudes para o profissional. A capacidade de guardar segredo mediante eventos relacionados à prática da atividade gerontológica seguramente se coloca como das mais importantes.

Se, por um lado, o segredo profissional é indispensável, por outro lado podemos observar que é, por vezes, mal compreendido ou mal entendido até mesmo por profissionais experientes.

Uma completa avaliação do sigilo profissional necessita, inicialmente, de avaliação, ainda que superficial, do segredo em geral, ao qual todas as pessoas podem estar eventualmente obrigadas, bem como de suas bases antropológicas.

O homem, diferentemente dos outros animais, têm, na estruturação de sua entidade como pessoa, não apenas um componente animal, biológico, mas também um componente racional, que lhe permite avaliar e escolher livremente, entre diversas opções de comportamento, uma determinada que o dirija ao bem ou àquilo que se lhe afigura como o bem.

Esta capacidade, origem de nossa liberdade individual, faz com que cada pessoa tenha, com a soma de decisões pessoais sucessivas, a possibilidade de construir uma história de vida, ou uma *biografia,* a qual, junto às características biológicas inerentes à sua estrutura orgânica, irá lhe conferir a característica de irrepetibilidade do ser humano.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Desta maneira, podemos afirmar que, diferentemente dos outros seres vivos, o homem é um ser formado por dois componentes: o biológico e o biográfico, que se interpenetram, interferindo mutuamente e constituindo de maneira integrada a pessoa humana.

Dentro desta estrutura pessoal, o local em que a pessoa toma as decisões pessoais é chamado de intimidade, que está para a vida biográfica como o bater do coração está para a vida biológica.

Destas considerações iniciais depreende-se que a proteção à intimidade das pessoas é, de alguma maneira, tão necessária à sua integridade pessoal quanto a proteção à vida biológica; no entanto, não se vê com tanta freqüência a consideração ao direito e à proteção à intimidade, como se vê com referência à vida. Agressões e menoscabos à intimidade das pessoas tendem a ser mais tolerados do que os agravos à saúde física, numa pobre interpretação da integridade e da dignidade humanas.

Do ponto de vista gerontológico, podemos afirmar que um profissional que não valorizasse a proteção à intimidade de seus pacientes, os estaria considerando apenas animais, sem valorizar um grande componente de sua integridade pessoal.

Exatamente à estrutura da intimidade pessoal é que se relaciona a necessidade do segredo pessoal. Quando não tornamos públicos conhecimentos privados que temos sobre uma determinada pessoa, estamos, de alguma maneira, protegendo seu ambiente de decisão pessoal, sua intimidade.

Por outro lado, pode-se observar na relação profissional-paciente um acordo tácito no qual o paciente confia sua pessoa, tanto expondo sua biologia quanto sua biografia, sob o compromisso de o profissional de zelar por ambas, na perspectiva de uma melhora das condições que ameaçam sua integridade pessoal.

Tipos e Características do Segredo

Podemos considerar, inicialmente, três tipos de segredos gerais, os quais, de algum modo, a maioria das pessoas está, do ponto de vista ético, obrigada a guardar.

O Segredo Natural

Deriva da necessidade geral de se preservar a intimidade alheia, principalmente naquilo que pode ferir ou molestar o outro. Assim sendo, não é eticamente válido a ninguém revelar de maneira fútil fatos que possam vir a prejudicar outrem, seja material ou psicologicamente, seja na manutenção da boa fama — direito natural de todos os homens, mesmo quando imerecida. É o equivalente biográfico à proibição ética de se ferir a outrem, mesmo que não seja com gravidade. É evidente que esta obrigação tem seus limites na importância da informação depositada, na preservação do bem alheio, do bem da própria pessoa e do bem do depositário do segredo, para não se falar do bem público.

O Segredo Prometido

É aquele que às características referidas acresce-se um compromisso livre e gratuito do depositário de guardar sigilo sobre a informação conhecida. Neste caso, o compromisso é posterior ao conhecimento da informação e, portanto, à obrigação natural do segredo conhecido soma-se a obrigação do compromisso livre e gratuitamente aceito. Os limites deste compromisso, se bem que reforçados, colocam-se dentro dos mesmos limites do grupo anterior.

O Segredo Confiado

Corresponde à situação em que existe um compromisso, formal ou tácito, entre o cedente e o depositário da informação, de que esta será passada sob *a condição do sigilo*. Como se pode facilmente compreender, esta forma de segredo, do ponto de vista ético, obriga muito mais do que as anteriores, uma vez que se trata de um compromisso anterior e condicionado. Dentro desta categoria de segredo podemos ainda distinguir dois subgrupos:

- *o segredo de confidência,* no qual a informação é passada com as características descritas para uma pessoa sem vínculo profissional com a informação recebida;
- *o segredo profissional,* no qual a informação é confiada a uma pessoa em razão de uma atividade profissional específica.

Como se pode perceber, esta última categoria é a que maior carga de obrigação carrega consigo, ainda mais quando as informações se originam de situações vitais, como no caso do exercício das ações de saúde. Está, pois, o segredo do profissional de saúde dentro da mais restrita categoria de segredo, na qual a quebra apresenta maior gravidade e está sujeita às maiores limitações. Embora não se enquadre na categoria dos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

segredos absolutos, suas possibilidades de abertura são bastante restritas, conforme podemos ver a seguir.

- Segredo
- Segredo natural
- Segredo prometido
- Segredo confiado
  - — Segredo de confidência
  - — Segredo profissional

O Segredo Profissional e o Segredo do Profissional

A atividade diária do profissional de saúde o faz conviver com uma diversidade de situações em que manter o sigilo se faz necessário. Estará, entretanto, o profissional sujeito sempre ao mesmo tipo de sigilo?

Ainda neste ponto podemos considerar algumas condições em que o profissional pode se deparar com fatos que devem ser mantidos em sigilo.

Fatos que o Profissional Conhece no Exercício de sua Vida Civil Cotidiana

A responsabilidade e a obrigação moral de sigilo se restringem ao *segredo natural* ou, quando muito, ao *segredo prometido,* à semelhança de quaisquer outras pessoas.

Fatos que o Profissional Conhece por sua Condição de Especialista em Saúde

Por exemplo, um diagnóstico de insuficiência renal pelo aspecto de um conhecido que não é paciente, um diagnóstico psiquiátrico feito em uma conversa social etc., ou seja, fatos que o profissional conhece na vida civil e que, dado seu treinamento técnico, passa a conhecer em maior profundidade. Nesta condição, à semelhança da anterior, não existe um verdadeiro segredo profissional, uma vez que o segredo profissional existe não porque alguém é profissional, mas porque é o profissional escolhido por aquele paciente. Valem, neste caso, os princípios do segredo natural, podendo se dar segredo prometido ou segredo de confidência.

Fatos que o Profissional Conhece no Exercício de suas Funções Específicas

Fatos ocorridos em sua presença na casa de pacientes, por ocasião de visita profissional, mas que não digam respeito à visita ou à profissão. Ainda nestes casos não existe segredo confiado com finalidade profissional, não correspondendo, portanto, ao verdadeiro segredo profissional.

Fatos que o Profissional Conhece pelo Exercício da Profissão

Aquelas informações referentes à atenção à saúde, espontaneamente fornecidas pelo paciente ou conseguidas em perguntas e exames são o que, na verdade, *constitui o verdadeiro segredo profissional*. Este tipo de segredo é o que mais fortemente obriga o profissional, a ponto de impedir que o mesmo possa servir como testemunha judicial, excetuados os casos extremos de preservação de gravíssima lesão a outrem, ao próprio paciente, ao profissional ou à sociedade.

Situações Peculiares do Segredo Profissional

Dentro da definição referida, cabem ainda várias situações que devem ser consideradas por sua peculiaridade e que podem alterar, de algum modo, a obrigação do sigilo.

Médicos Titulares, Consultores e Equipe Multiprofissional

A estes é evidente que existe a clara obrigação do sigilo profissional. O princípio geral estende a obrigatoriedade do sigilo a todos os que, em razão de seu estado profissional, dão conselhos, tributam cuidados ou remédios e, em virtude de sua profissão, comprometem-se tacitamente no tratamento do paciente.

Médicos e Profissionais de Saúde Peritos

Neste caso, a situação é exatamente oposta. Não existe um acordo tácito de sigilo profissional para um profissional que não tem por finalidade tratar aquele paciente, mas sim fornecer informações técnicas e necessárias às autoridades competentes. Nesta condição, está o perito desobrigado da guarda do segredo a seus comitentes, devendo, no entanto, preservá-lo dos demais, por motivos de segredo natural.

O Proprietário do Sigilo Profissional

Se analisássemos esta questão superficialmente poderíamos afirmar desde o início que *o proprietário*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do segredo profissional é o paciente; e, no entanto, a simples autorização do paciente não exime o profissional da manutenção do sigilo. Por que isto se dá?

Uma análise mais profunda do problema nos mostrará que o segredo tem, na verdade, proprietário e beneficiários. Se o proprietário é o paciente, os beneficiários podem ser outras pessoas como os filhos, dependentes do bom nome dos pais, os sócios da empresa, os súditos do governante etc. Ora, ao procurar o médico e os profissionais da saúde, o acordo tácito do paciente estende-se aos seus, particularmente a seus descendentes. Assim, informações que possam causar graves prejuízos a terceiros podem ser parte de segredo profissional do qual nem mesmo o paciente possa liberar o médico e a equipe.

Causas que Podem Dispensar o Sigilo Profissional

Sob este título podemos considerar um grupo de causas que, dadas a gravidade do fato e a natureza do segredo, pode vir a dispensá-lo. É patente aos que já tenham experiência clínica que estas causas raríssimamente se dão no cotidiano, no qual a manutenção do segredo deve ser a regra de ouro.

Consentimento do Enfermo

Dada a premissa do item anterior e com as ressalvas já apresentadas, é patente que, diante do direito natural, o cliente pode recusar o benefício do segredo e permitir ao profissional revelar o que saiba. Este consentimento deve ser utilizado com prudência e estritamente na medida do necessário a cada caso, evitando-se informações adicionais e desnecessárias. Tal é, por exemplo, o caso dos seguros de vida, seguros-saúde, declarações de disfunção orgânica, declarações judiciárias provocadas pelo cliente etc., casos nos quais a informação virá a beneficiar o paciente.

O Bem Comum e a Autoridade da Lei

O bem público e a autoridade da lei podem não apenas dispensar como até mesmo proibir o segredo em alguns casos bem definidos, tais como as declarações de nascimento, as doenças de notificação compulsória, enfermidades epidêmicas e enfermidades que constituem perigo público.

O Bem de uma Terceira Pessoa

Neste caso pode ser motivo de dispensa do sigilo, por exemplo, o cliente ser o responsável por gravíssimo crime contra inocente, o qual se deva validamente defender por todos os meios, ou a existência de impotência permanente antes do matrimônio, a qual o cliente se negue a revelar à noiva, graves enfermidades contagiosas ou taras em noivos, empregados ou nutrizes etc.

O Bem do Cliente

Nesta condição podemos considerar que a pessoa é titular mas não proprietária de sua dignidade humana. Pode o profissional, nestas condições, sempre que seja do legítimo interesse do paciente e não afete negativamente terceiros, relevar o sigilo profissional naquilo que seja necessário. Neste caso pode o profissional solicitar a autorização do paciente, inclusive em uma razoável presunção desta autorização quando não seja possível consegui-la. Este caso é de extrema importância na atenção a pacientes idosos com limitações cognitivas, quando os dados referentes ao bem-estar do paciente poderão ser colocados, prudente e discretamente, em mãos de familiares ou responsáveis diretos.

O Bem do Profissional

Esta é talvez a situação de maior dificuldade de liberação do sigilo profissional. Só se justifica este caso em uma situação de interesse particularmente grave e ao qual não se possa solucionar de nenhuma outra maneira, como por exemplo, a defesa frente a uma acusação de crime grave de que não poderia inocentar-se senão com a quebra do sigilo.

Diante do exposto, poderíamos definir como regra geral o segredo como um instrumento de benefício de cada paciente em si, da sociedade como um todo e dos profissionais de saúde. Sua utilização nestas normas dificilmente poderá levar a erro.

O Idoso como Cidadão

Somados e derivados dos direitos inerentes à condição de pessoa, tem o idoso direitos como cidadão. Tendo, pelo decorrer de muitos anos, contribuído de diversas maneiras para a sociedade em maior volume que a média desta mesma sociedade, tem o idoso o direito a um tratamento privilegiado do estado e das diversas estruturas sociais. Aqui verifica-se uma de-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fasagem entre países desenvolvidos, em que estes direitos são respeitados e valorizados, e a situação de países em desenvolvimento, nos quais — se bem que haja um respeito dialético — prevalece um desrespeito prático às populações idosas, com aposentadorias e pensões por vezes aviltantes e carência de acesso a recursos estatais de saúde. A isto soma-se a mentalidade utilitarista já referida, e temos que o idoso, com pequeno poder de pressão junto aos governos, é, muitas vezes, tratado de maneira totalmente antiética pela própria sociedade. O posicionamento dos gerontólogos é neste ponto imprescindível, até em nível de pressão junto aos órgãos de governo e de saúde pública, visando a um tratamento ético, com respeito às necessidades do cidadão idoso.

Ainda no tocante à vida em sociedade do idoso, é importante que consideremos, do ponto de vista ético, o relacionamento idoso-família. Costuma o paciente idoso, principalmente a mulher, valorizar a família de maneira importante. Esta valorização advém não somente da maior dependência desta faixa etária, como de os pacientes idosos serem provenientes de uma estrutura social e cultural que valorizava os aspectos familiares. Infelizmente, este fato não é conhecido ou considerado por muitas famílias e por muitos profissionais da saúde, o que pode gerar situações de conflito, mormente considerando-se o enfraquecimento dos laços familiares que se verifica em alguns setores da sociedade. O professor Pedro Juan Villadrich[9], conhecido pensador espanhol e diretor do Instituto da Família da Universidade de Navarra, define *família* como *o hábitat natural do ser humano*.

Realmente podemos considerar ser a família o meio onde nos colocamos sem máscaras sociais, onde somos conhecidos pelos nossos defeitos e pelas nossas virtudes, em resumo, onde somos nós mesmos. Este apoio é por vezes importantíssimo no caso do paciente idoso que, se isolado da família, perde parte de sua identidade e conseqüentemente de sua lucidez. É altamente desejável que o gerontólogo valorize o relacionamento entre o profissional da saúde e a família, muitas vezes sendo necessário orientar familiares para um adequado e justo relacionamento em que o idoso tenha resguardado seu direito de participação.

Peculiaridades Éticas e Atuação Gerontológica

Depois de considerar o idoso como pessoa e como cidadão, é interessante analisar algumas peculiaridades da ética no exercício da gerontologia.

Análise da Lucidez do Paciente

É comum o gerontólogo lidar com situação em que a família insiste em considerar o paciente incapacitado, enquanto os exames clínico e psicológico mostram um paciente não só hígido, mas freqüentemente mais saudável psicossocialmente que os filhos. Causa dificuldade tentar fazer compreender que idade por si só não é sinal de demência. Esta situação pode evoluir, não só com desconforto psicológico, mas até legal para o profissional, uma vez que a legislação de alguns países prevê penalidades por abuso de confiança do paciente que pode ser configurada por permitir o acesso da família a informações ou decisões que seriam de responsabilidade do paciente lúcido. Entre nós ainda não existe esta mentalidade tão legalista da já deteriorada relação entre o profissional da saúde e o paciente, no entanto, é de se desejar que diagnósticos de diminuição mental, principalmente quando envolvam interesses de terceiros, sejam feitos com metodologia padronizada e por profissionais e peritos qualificados.

Relacionamento Interprofissional

O gerontólogo freqüentemente assiste o paciente em paralelo a outros colegas. Tem, mesmo, por vezes a função de "âncora", coordenando a assistência fornecida por diversos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos etc. Por se tratar de área abrangente, muitas vezes tem necessidade de tomar decisões que eventualmente colidem com procedimentos de outros colegas. Torna-se desnecessário dizer que o respeito das normas éticas no relacionamento inter-profissional tem por finalidade o bem-estar do paciente e, é portanto, particularmente importante no caso do idoso, por vezes inseguro ou deprimido. Nesta situação, novas peculiaridades éticas podem se manifestar. Não há justificativa para uma posição impositiva por parte dos profissionais nas decisões. Manda o bom senso que os profissionais participantes da equipe sejam ouvidos em sua área de competência. Por outro lado, toda a equipe multiprofíssional tem para com o paciente os mesmos deveres éticos já referidos, quanto ao respeito à vida, ao sigilo etc., tendo responsabilidade solidária ao profissional da saúde nos procedimentos adotados, devendo zelar pela tranqüilidade do paciente como um todo. A confrontação aberta entre profissionais só pode ter justificativa ética quando a saúde do paciente assim o exija.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tratamentos Alternativos

Sendo a gerontologia uma especialidade relativamente nova, e sendo o controle do envelhecimento e o prolongamento da vida uma ancestral aspiração da humanidade, compreende-se que seja a população idosa, por vezes, sedenta de alternativas terapêuticas novas que proporcionem um maior bem-estar e uma ansiada "parada do envelhecimento" como processo fisiológico. Nesta área, alguns profissionais têm oferecido aos idosos tratamentos alternativos à ortodoxia médica e, se bem que possam existir também neste campo profissionais bem intencionados, é a população idosa freqüentemente vítima de aventureiros ou oportunistas que prometem resultados com procedimentos sem qualquer respaldo científico ou experimental sério. É doloroso ao gerontólogo observar pacientes que se desfizeram de patrimônios arduamente conseguidos iludidos em sua boa-fé por verdadeiras armadilhas travestidas de consultórios de profissionais da saúde. Tão grosseiro procedimento é, quanto à sua fiscalização e penalização, da órbita dos conselhos regionais e federal das diversas categorias profissionais e mesmo da polícia. No entanto, pode o gerontólogo, por escrúpulo de parecer agressivo para com outros profissionais ou com medo de desagradar ao crédulo paciente, omitir-se de dar seu parecer sobre tais procedimentos. Esta atitude, na verdade, não se prende ao procedimento ético, mas à mal-compreendida etiqueta que pode, esta sim, ser antiética para com o paciente vítima do ilusório tratamento. Na verdade, o primeiro compromisso ético do profissional da saúde é com a verdade e com seu paciente, sendo os demais deveres de ética ou de etiqueta derivados destes. Manter o paciente iludido por respeito humano ao gerontólogo seria antes um vício que uma virtude do profissional. Assim, resguardadas as necessidades de elegância e evitando-se os juízos de valor pessoal, pode e deve o gerontólogo posicionar-se quando lhe parecer estar havendo esbulho com o paciente.

Em conclusão poderíamos dizer que a gerontologia, mais do que as outras áreas da atenção à saúde, exige do profissional uma peculiar dedicação ao paciente. Como a clássica definição de amor o coloca como o movimento em direção ao bem do outro, poderíamos lembrar a frase de São João da Cruz, grande pensador espanhol do século XVI: *No entardecer todos seremos julgados no Amor.*

Bibliografia

1. Boethius, AMS. Liber de persona et duabus naturis. Cap. III.
2. Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina, Brasil; 1991.
3. Código de Ética Médica. Conselho Regional de Medicina de São Paulo; 1988.
4. Cruz SJ. Obras completas. Editora Vozes: São Paulo; 1984.
5. Editorial Board. The Journal of the American Geriatrics Society; 1991.
6. Forment E. Princípios básicos de la bioética. Madri: Palabra; 1990. p. 37-40.
7. Payen JSJ. Deontologia medica segun el derecho natural. Barcelona: Sucesores de Juan Gili; 1951.
8. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1991.
9. Pessini L, Barchifontaine CP (ogs.). Bioética e longevidade humana. São Paulo: Edições Loyola; 2006.
8. Spaelmann R. Entrevista a JC Diaz. Palabra; 1989; 289: 38-39.
9. Villadrich PJ. Conferência proferida durante o Congresso Internacional da Associação Internacional da Família (IDEF). Roma; 1987.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

71 O Idoso: Viver e Morrer com Dignidade

Anísio Baldessin

Introdução

O fenômeno da velhice é um verdadeiro problema, um desafio que nos está sendo imposto. Alguns vêem essa situação como uma questão que deve ser solucionada tecnicamente, com medidas assistenciais e econômicas. Outros vêem nela a oportunidade de constatar que o mito da sociedade industrial foi capaz de abandonar, desprestigiar, institucionalizar, reduzir à pobreza e à falta de função social milhões de velhos.

As estatísticas demonstram que cada vez mais há gente idosa no mundo, porque a esperança de viver (que não é o mesmo que a esperança de vida) aumenta progressivamente. É maior o índice de envelhecimento da população, isto é, o incremento da população idosa em relação à população total; cresce o "envelhecimento do envelhecimento", ou seja, há um aumento da velhice dentro do envelhecimento das pessoas adultas.

O número de pessoas idosas no mundo está aumentando rapidamente. Nos Estados Unidos existem em torno de 29 milhões de homens e mulheres com mais de 65 anos. Em 1900 havia apenas três milhões. Na virada do século, a expectativa média de vida era de apenas 47 anos; hoje ela atinge 70 anos para os homens e 78 para as mulheres. Ao longo da década de 1980, de acordo com o censo americano, haveria aumento de 33% no número de pessoas.

A população idosa européia, em toda a parte ocidental, ultrapassa a taxa de 15%, sendo a mais alta a correspondente à Suécia, já em 1985, como se pode verificar pelos números do relatório "United Nations World Population", publicado em Nova Iorque, em 1986, referentes ao percentual de pessoas acima de 60 anos:

- Suécia: 22,8%;
- Alemanha: 20,7%;
- Reino Unido: 20%;
- França: 18,7%;
- Itália: 17%;
- Espanha: 15%.

Um dado significativo da mudança na estrutura da população é o índice de envelhecimento (número de pessoas de 60 anos ou mais para de cada 100 jovens menores de 15 anos), que vem se elevando. Embora essa relação varie, entre os países das Américas, em 1997, de um máximo de 82 no Canadá a um mínimo de nove na Nicarágua. As estimativas são de que esse índice duplique ou triplique nos próximos 30 anos, sendo que, em 2025, para os mesmos países, ele será de 176 e 26, respectivamente[23].

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base nas informações do censo de 1980, em apenas duas décadas a população brasileira de velhos dobrou, passando de três milhões e 312 mil pessoas com mais de 60 anos em 1960 para sete milhões e 699 mil em 1980.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Estimativas de 1999 calculam em 13.501.830, sendo 6.081.442 e 7.420.338 a população atual dos idosos no país. A expectativa de vida média era de 63 anos para as mulheres e 58 para os homens. Esse índice aumenta para 71 e 64 anos, respectivamente, nas regiões socioeconômicas mais desenvolvidas, como Rio de Janeiro e São Paulo. Ainda de acordo com o IBGE, a população economicamente ativa de 60 anos alcançou um milhão e 974 mil pessoas em 1980, quase um terço dos inativos dessa faixa etária. O aumento do número de homens ativos é superior ao de mulheres, sendo essa diferença ainda mais acentuada na zona rural.

Nos países desenvolvidos, apenas 5% dos que possuem mais de 65 anos vivem hoje em asilos, e apenas 15% vivem junto e possivelmente são dependentes de seus familiares. Oitenta por cento, por sua vez, são independentes, quer vivendo sozinhos, quer com outra pessoa, e, dentre estes, 82% podem ser considerados portadores de saúde moderada.

No Brasil não existem dados oficiais a respeito desses aspectos. A estimativa é que o número de asilos para idosos no país iguala o número de municípios, evidentemente com uma distribuição não-igualitária, e com o número de assistidos variável entre cerca de dez e 300 idosos cada um. Estimativas não-oficiais fixam o número de asilados em 15% da população total, ou seja, 127.500 velhos.

O desenvolvimento científico e cultural tem favorecido o aumento crescente da expectativa de vida. O progresso da medicina, dos recursos de higiene e alimentação, a redução da jornada de trabalho e as normas de segurança no trabalho e proteção ao cidadão permitem existência mais longa e saudável. Mas, o envelhecimento, um fato inquestionável e universal, é um dos fenômenos preocupantes dos tempos atuais. O problema da velhice não pode ser algo alheio e longínquo, porque é uma realidade para uns hoje e o será para outros amanhã.

O Que É Velhice?

Podemos perguntar: o que é esse desafio chamado "velhice"? Também esta não é uma pergunta de fácil resposta, pois não há uma consciência clara das características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais que anunciam o começo da velhice. Alguns parecem velhos aos 45 anos, outros são jovens aos 70.

Para alguns, a velhice é o terceiro período ou a terceira idade da vida humana. Outros a consideram o quarto período, em virtude de identificarem como segundo o da adolescência (14 a 18 anos), período de máxima importância e transcendência na vida do homem. Outros, ainda, classificam as idades da vida de modo funcional, ou seja, segundo a capacidade de realizar funções vitais. Assim sendo, fala-se de idades biológica, psicológica, social e funcional.

Não podemos deixar de destacar a "velhice decretada", isto é, a institucionalização da velhice, através da aposentadoria, da mesma forma que se identifica a maioridade independentemente da capacidade do indivíduo. Hoje, contam mais a boa aparência, o dinamismo, as esperanças e a liberdade do jovem que a sabedoria, a experiência, as realizações passadas e as recordações do idoso.

Se os conceitos sobre velhice não são unânimes, menos ainda é a conceituação de velhice nas diferentes camadas sociais e geográficas, tanto nacionais quanto mundiais.

As sociedades de base tecnológica são sensíveis aos fenômenos de diminuição e decadência física próprios da velhice. Vê-se a velhice estreitamente associada a enfermidade, incapacidade produtiva e inadaptação, bem como se considera ser ela uma carga onerosa para os demais.

O que podemos notar é que em nações mais carentes as sociedades estão mais propensas a tornarem-se sensíveis às riquezas da idade avançada, pela experiência que dão à vida, ao amor, ao trabalho,à alegria e ao sofrimento. Pois estas, com sua experiência cotidiana de miséria, de privações, de humilhações físicas, afetivas e espirituais, se vêem obrigadas a viver a velhice precoce, uma velhice roubada, da mesma forma que viveram as etapas anteriores da infância, da juventude e da idade adulta.

É importante observar, dentro destas sociedades, que as gerações que nasceram, cresceram ou conviveram com velhos estão mais dispostas a compreender, conviver e promover a velhice. Não ocorre o mesmo com gerações recentes, especialmente aquelas provenientes dos países industrializados, zonas urbanas e famílias nucleares. Sua concepção não está isenta de mitos, preconceitos e falsos estereótipos.

Portanto, a velhice não se reduz a um simples fenômeno biológico (deterioração física). É um fenômeno social, é ser reconhecido como tal pelo grupo ou sociedade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Nós, porém, só pensamos na velhice quando ficamos velhos. A velhice chega de surpresa e pega as pessoas desprevenidas, pois até então não se tinha tomado conhecimento desse fenômeno. Além do que, não se trata de algo que podemos aprender a partir de experiências anteriores, porque acontece apenas uma vez na vida. A única experiência que temos é a observação de pessoas idosas, tanto na vida real como em peças de teatro, filmes e televisão, ou leituras de romances e artigos. Isso, porém, não é uma preparação adequada para sabermos quando estamos velhos.

Você É Velho Quando...

Começamos a envelhecer no dia em que nascemos. A velhice, no entanto, não se conta só pelo calendário. Não é um processo somente biológico, que transparece pelas rugas do rosto, pelo andar mais inseguro, pela vista imperfeita e assim por diante.

Há quem envelheça biologicamente, mas rejuvenesça interiormente e transmita vitalidade. E há quem aparente fisicamente ser jovem, robusto e cheio de juventude, mas já seja velho, gasto e cansado interiormente. Podemos falar, portanto, de um envelhecimento mental e um envelhecimento espiritual. A idade, em última análise, mede-se não tanto pelo número de anos que se tem, mas pelo modo como a pessoa se sente, como vive, como se relaciona com a vida e com os outros.

- Você é velho não quando tem uma certa idade, mas quando tem certos pensamentos.
- Você é velho quando lembra as desgraças e as ofensas sofridas e esquece as alegrias e os dons que a vida lhe oferece.
- Você é velho quando se aborrece com as crianças que correm, as meninas que conversam animadamente, os jovens que se beijam.
- Você é velho quando continua a louvar os tempos antigos e lamenta toda novidade.
- Você é velho quando não gosta mais do canto dos pássaros, do azul do céu, do sabor do pão, da frescura das águas, da beleza das flores.
- Você é velho quando continua a dizer que precisa ter os pés no chão e apaga da sua vida a fantasia, o sonho, o riso, a poesia, a música.
- Você é velho quando acha que terminou para você a estação da esperança e do amor.
- Você é velho quando pensa na morte como no descer ao túmulo ao invés de subir ao céu.

Se, em vez disso, você ama, espera, ri, então Deus alegra a sua juventude, mesmo que você tenha 90 anos.

Para tanto, é importante que o idoso se torne auto-suficiente. Esta variante é muito importante na experiência do idoso e de quem está perto. Para os auto-suficientes, o esforço social tem por fim ajudá-los a ficar o mais longo tempo possível no próprio domicílio, favorecendo a medicina preventiva e reabilitativa, bem como atividades recreativas, associativas e culturais. Para os não-auto-suficientes, para os quais não é possível assegurar assistência sanitária no ambiente familiar, é preciso estruturas que respondam às suas necessidades. Daí o surgimento de novas disciplinas, entre as quais a gerontologia e a geriatria, que nasceram para oferecer a contribuição médica, da ciência humana e da tecnologia na busca de se opor aos múltiplos desafios lançados pelo envelhecimento.

O Que Dificulta o Envelhecimento

Em épocas menos agitadas, o envelhecimento não era tão difícil. Era natural que os idosos fossem tratados com respeito, o que era ainda reforçado pelo fato de que os velhos, salvo, é claro, os que se tornavam senis antes do tempo, estavam de fato em posição de superioridade diante dos jovens, graças às suas capacidades, à rica experiência acumulada e à maior bagagem de conhecimento.

Com a dissolução destes valores familiares e com a industrialização, os velhos se tornaram supérfluos e até se converteram num fardo. Separados da família, são colocados em asilos ou em hospitais, onde acabam por morrer; carentes e até na miséria, vivem à margem da sociedade, que pouco se interessa por seus problemas.

Hoje, nem é mais certo dizer que a velhice nos torna mais experientes, visto que surgem novas invenções e conhecimentos em todas as áreas científicas, descobertas para as quais não existem precedentes nem tradição, fazendo com que a juventude possa mais facilmente estar à altura. Ela dispõe de maior desenvoltura e agilidade, ao longo da vida não se abarrotou de conhecimentos e hábitos enraizados de que primeiro precise se desembaraçar, pois hoje os hábitos, um determinado treinamento e até experiências

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

específicas se tornam um empecilho para os velhos, inibindo-os caso tenham de passar por novos processos de aprendizagem.

O Que Facilita o Envelhecimento

A medicina moderna nos oferece cada vez mais meios de atenuar o envelhecimento físico. Muitas doenças consideradas incuráveis até pouco tempo atrás podem hoje ser retardadas ou suavizadas, entre elas as moléstias características da velhice. Com a ajuda da medicina, envelhecemos mais tarde.

Um outro fato que alivia o peso da velhice é o modo de vida mais dinâmico e expansivo da juventude, que em geral libera mais cedo a família das obrigações com relação a ela. Com o afrouxamento da estrutura familiar e das ligações de parentesco, a família é menos exigida e, assim, os pais se tornam livres mais cedo, quando se eximem dos deveres de proteção e das responsabilidades para com os filhos.

Hoje em dia também se faz mais em prol da velhice. Justamente pelo fato de haver maior expectativa de vida, os idosos se tornaram um problema social, e uma jovem ciência, a gerontologia, está se esforçando em pesquisar e entender os problemas dos velhos, procurando resolver crises, apontando antes de mais nada para a profilaxia do processo de envelhecimento, para o preparo para a velhice, cuja importância e necessidade ainda são pouco reconhecidas.

Um outro fator a ser mencionado é a contribuição da técnica para facilitar a velhice. O índice de motorização permite ao idoso continuar a participar do pulsar da vida. Viajar passou a ser uma atividade tão confortável que também eles podem se arriscar, o que antigamente teria sido uma aventura impossível. Essas possibilidades contribuem bastante para que possamos encarar a velhice de modo mais positivo e usar os meios tecnológicos de que dispomos para que a velhice não seja traumática.

O Idoso e a Tecnologia

Os seres humanos sempre ficaram velhos e doentes, e morreram. Mas, enquanto a expectativa de vida era curta e o curso da doença breve, essa realidade biológica não levantou problemas especiais. As pessoas morriam no decurso de todo o ciclo vital, constituindo a morte uma possibilidade ou probabilidade tanto para os jovens como para os velhos. Essa situação mudou drasticamente. A assistência à saúde dos idosos está fadada a tornar-se o mais sério problema de longo prazo para os países desenvolvidos. Com o aumento da proporção dos velhos em relação aos jovens, sendo que, em muitos países, os velhos são o segmento da população que mais rapidamente cresce e quando, na maioria dos povos, mais de 75% das pessoas morrem acima dos 65 anos, pode-se realmente dizer que o futuro da assistência à saúde pertence aos velhos.

Limites da Tecnologia

Existem meios cada vez mais numerosos de manter vivos os idosos a um custo cada vez mais elevado. Porém, em diversos países desenvolvidos, começa-se a estudar mais profundamente o processo do morrer e a analisar o que acontece naqueles cinco anos que nunca existiram e que agora são uma realidade graças às conquistas da medicina e da tecnologia aplicada no contexto da saúde. Multiplicam-se as associações para o "direito de morrer com dignidade". Mas existem inúmeros meios, reais ou possíveis, de conservar corpos que envelhecem. A grande questão é descobrir até onde ir na tentativa de combater a morte nas pessoas idosas e continuar a ampliar o tempo médio de vida. Devemos levar em consideração, além dos custos, se é conveniente que a medicina procure adiar o mais longamente possível a morte das pessoas idosas. Se considerarmos a morte como parte da vida, poderíamos estar propensos a dizer que a morte deve, num dado momento, ser aceita como um ponto final, determinado biologicamente, do envelhecimento. Por isso, não temos nenhuma obrigação moral de trabalhar para estender indefinidamente a vida dos idosos ou mesmo de trabalhar para que todos atinjam um tempo máximo de vida biológica. Em, primeiro lugar, não é evidente que prolongar a vida por alguns anos traga, por si mesmo, mais felicidade ou desenvolvimento espiritual. Ou, embora a morte seja sempre deplorável, não é necessariamente trágica, e dificilmente se compreende como pode alguém ver um grande mal na morte após uma vida razoavelmente longa. A menos que consideremos como "prematura" a morte em qualquer idade, a morte de uma pessoa idosa faz parte da vida, e não é necessariamente uma ofensa ao valor da vida.

O grande sucesso das ciências biomédicas em quase eliminar as principais doenças infecciosas não nos deve levar a concluir que poderão ser igualmente vencidas as doenças degenerativas do envelheci-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mento. Câncer, doenças do coração, ataques de apoplexia e doença de Alzheimer estão se mostrando adversários duros de abater e, provavelmente, nenhum simples programa de prevenção ou imunização os eliminará.

Para enfrentar essa tendência de achar que a ciência médica resolverá todos os problemas serão necessárias três mudanças na área médica e algumas mudanças nas nossas expectativas.

Mudanças Necessárias

A primeira mudança consiste em levar a sério a idéia de que talvez não seja moralmente necessário nem economicamente viável continuar a trabalhar para um progresso médico destinado a prolongar a vida dos velhos. Devemos nos perguntar mais, sempre, quais poderão ser as conseqüências individuais e sociais do progresso médico de longo prazo. O fato de um medicamento ou procedimento poder salvar a vida de uma pessoa idosa não deverá por isso mesmo determinar sua aceitabilidade social. Devemos nos perguntar: que tipo de vida e a que custo?

A segunda mudança será a de encontrar um bom equilíbrio entre medicina curativa e medicina assistencial. A primeira pretende designar a medicina que visa à cura; a segunda, é a medicina que visa a aliviar o sofrimento e dar apoio psicológico e social. A biomedicina contemporânea está fortemente inclinada à cura, não à assistência. No entanto, devido à tendência a uma incidência maior de enfermidades entre os velhos, a grande necessidade do futuro será a assistência, e não a cura. Ao mesmo tempo, uma mudança na ênfase ajudará também a promover uma melhor relação entre duração da vida e qualidade de vida, relação esta geralmente negligenciada no entusiasmo por uma medicina curativa em contínua mutação.

A terceira mudança poderá ser a de estabelecer alguns limites à aplicação da caríssima medicina curativa aos idosos, especialmente restringindo os benefícios governamentais. Evidentemente, esta é para muitos uma idéia desagradável e diz-se, muitas vezes, que isso seria uma forma de eutanásia voluntária. É uma comparação errada. Em primeiro lugar, embora exista evidentemente uma imperiosa obrigação moral de proporcionar assistência decente aos velhos, é difícil conceber e defender que seja uma obrigação ilimitada, que deva ir atrás de todo avanço médico, por mais dispendioso que seja.

O preço de correr atrás do progresso médico em favor dos idosos, aonde quer que ele leve, será o de correr o risco de cometer grave injustiça às necessidades de outros grupos etários. Não faria muito sentido enfraquecer o sistema educacional para os jovens ou tolerar um grave *déficit* habitacional para as famílias ou permitir que definhem instituições culturais a fim de correr atrás de todo tipo de progresso médico em favor dos velhos.

Os idosos, nas sociedades desenvolvidas do mundo, estão hoje levando a vida mais longa da história, sendo pouco provável que haja um regresso a períodos de existência mais curtos. Limitar a assistência à saúde em favor dos velhos apenas diminuiria o ritmo de algumas formas de medicina tecnológica aperfeiçoada. Podemos limitar progresso sem limitar a assistência à saúde. Amparados e assistidos, os idosos poderão enfrentar as perdas com maior naturalidade. E uma filosofia de envelhecimento não pode deixar de levar em conta as perdas na velhice.

As Perdas do Idoso

A Perda Gradual das Pessoas Queridas

O idoso tem, inicialmente, de se separar dos filhos que se casam; mais tarde, tem de enfrentar a perda de amigos e contemporâneos, com os quais partilhou a vida; mais duro ainda é o adeus ao próprio esposo ou esposa. O sentimento de vazio e solidão que o aflige está ligado à sua necessidade de intimidade.

A Perda dos Papéis Sociais

Para muitos, a própria imagem está ligada ao trabalho. Com a aposentadoria, se perde não só o trabalho, mas o ambiente de colaboradores; há o sentido de não se considerar necessário aos outros. Enfim, chega a dependência. Esse abandono gradual de papéis faz surgir no ancião a ânsia de ser útil e frustra-o em sua necessidade de auto-estima.

A Perda da Saúde

O ancião tem de procurar, através de uma dieta equilibrada e do exercício físico, diminuir o processo de declínio. Mas, cedo ou tarde, chega também a doença — sobretudo, as mais típicas dessa idade (doenças do sistema circulatório ou do aparelho respiratório

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

rio, tumores etc.). A doença o confronta com sua fragilidade e mortalidade, ameaça sua necessidade de segurança e de controle.

A Perda de Habitação

Por causa de sua situação de vida sempre mais precária e preocupante, o idoso é obrigado a opções dolorosas, como deixar a casa onde viveu toda a vida.

Durante toda a vida, as pessoas devem aprender a adaptar-se a essas perdas sucessivas. São perdas que a velhice comporta e não se pode negar nem minimizar. Não se pode ocultar o sofrimento. Mas, junto com as perdas e o declínio, existe o crescimento de um mundo interior, que pode ajudar no processo do envelhecimento.

Medo do Envelhecimento

À medida que as pessoas envelhecem, diminuem proporcionalmente sua perspectiva de vida. Elas contam seus dias a partir daqueles vividos e não a partir daqueles que virão. Não são mais orientadas pelo futuro. Mas, embora o envelhecer seja um processo natural na evolução do ser humano, que se inicia no nascimento, esse processo nos intimida.

Não devemos compreender os medos através de respostas prontas. Estas podem ser extremamente ineficazes. Pois, quando o que havíamos temido começa a acontecer na nossa própria vida, desaparecem as teorias ou pareceres que tínhamos até então. Quando o futuro é incerto, a própria incerteza pode ser uma cruz que pesa sobre os nossos ombros. O medo precisa ser enfrentado antes de poder ser banido. Quando a velhice nos amedranta, não como arauto da morte, mas por si mesma, nos sentimos vulneráveis, independentemente de nossa crença.

Os cristãos que estão ficando velhos podem ainda pretender o estímulo apropriado de uma fé. Não pular diretamente para fora da fraqueza e da incerteza humana, mas algo, ou melhor, alguém a quem se agarrar. Convém, porém, independentemente de nossa crença, como de qualquer outro aspecto, encarar diretamente tudo quanto a vida humana apresenta que possa nos trazer tristeza ou contentamento.

Para isso, é importante perceber que a vida humana oferece opções diversas a pessoa diversas. É praticamente impossível dizer algo sobre a experiência do envelhecimento que sirva para todos. Enquanto não tivermos nós mesmos a experiência, não poderemos saber se devemos esperar "honra, amor, obediência, legiões de amigos". Pois existem imagens opostas do envelhecimento. Só a compreensão do sentido de ser idoso como seres históricos e temporais, por parte da comunidade, fará com que o idoso saiba encarar com naturalidade o envelhecimento.

Uma Comunidade que Acolhe

Freqüentemente, os idosos constituem as células mais vitais e sólidas da sociedade.

As pessoas idosas devem permanecer integradas na comunidade e, para aquelas que se afastaram, devem ser criadas oportunidades de reaproximação. A solidão é uma grande ameaça para o idoso. É preciso que sejam acolhidas e valorizadas. Para tanto, importa sublinhar o significado de suas presenças, o testemunho de vida realizadora que apresentam por tudo que viveram, pela família que criaram, pelas atividades que desempenharam, o exemplo de fidelidade na fé e de coragem nas dificuldades, a sabedoria e a experiência que acumularam ao longo dos anos, a colaboração ativa que podem dar à comunidade em seus diversos empreendimentos.

A comunidade precisa colocar-se a serviço do idoso. Os velhos necessitam ser ajudados em seus problemas específicos de qualquer tipo de necessidade, visto que com a idade o organismo declina e requer cuidados. A comunidade pode apoiar iniciativas ou instituições: hospitais e clínicas, serviços de atendimento e enfermagem doméstica, orientações higiênicas, alimentares, ambientes e estímulos às práticas de mobilidade corporal.

É importante evitar o isolamento social com promoções de encontros e festas apropriadas, permitindo a eles participação ativa na vida e nos atos da comunidade, sempre que tiverem condição. Pois, mais do que distrações e vida social, o idoso carece de sentir-se útil, reconhecido em sua capacidade de continuar colaborando e produzindo, não necessariamente de estar mandando.

Valorização dos Idosos

O número de idosos representa grande parte da sociedade. Para que estes não fiquem à margem dela, podemos apresentar campo de ação e possibilidades múltiplas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- *Mobilizar* os idosos como sujeitos da ação que desenvolvem. O idoso não é um vaso a encher, mas um poço a ser explorado. É importante servir-se da alavanca de seu patrimônio humano e espiritual para reunir iniciativas da caráter educativo, humanitário ou religioso, para os que acreditam, a serviço da comunidade. Apelando aos seus recursos e energias, se dá resposta à sua necessidade de afirmação.
- *Viver a solidariedade com o idoso.* A Bíblia convida a honrar o ancião: "Filho, ampara teu pai na velhice e não o deixes em nenhum dia de sua vida. Mesmo se a inteligência lhe for faltando, sê indulgente com ele, e não o ultrajes nunca durante a tua vida, enquanto estás na plenitude do vigor." (Cf. Eclesiástico 3,12-13.)

  A solidariedade manifesta-se em visitas a domicílio ou ao hospital, no contato telefônico com pessoas em precárias condições, na preparação de alimentos nas casas onde se encontram os idosos.
- *Evidenciar a dimensão positiva da dependência.* Vive-se a primeira etapa da vida na dependência e, muitas vezes, também a última.

  O idoso é dependente dos outros para sua própria segurança, dependente de médicos para sua cura, dependente da família para o seu sustento e assim por diante.

  Não é fácil aceitar a dependência. Mas é importante descobrir o aspecto positivo da mesma: a dependência fala da necessidade humana de receber, de dar ao outro a alegria de doar, de aceitação serena dos próprios limites, de abandono ao outro.
- *Criar uma imagem positiva da velhice.* A Bíblia apresenta a velhice como um dom a viver na abertura a Deus e aos outros. Zacarias e Izabel (Lucas 1,5-25), o velho Simão (Luc as 2,15) são algumas dentre as muitas figuras de anciãos que podem contribuir para uma reflexão positiva sobre a idade avançada.

Em nossa cultura, que valoriza somente o que é jovem, dinâmico e atraente, devemos contribuir para recuperar os valores de que o idoso é portador e promover, uma visão positiva da velhice, como uma fase a ser vivida plenamente.

Aqueles que a doença e a velhice prendem em casa, ainda esperam a visita de alguém, que em nome da comunidade oferece calor afetivo, carinho, comunicações, palavras de ânimo, conforto e sacramentos para os que acreditam e têm fé.

Ajudá-lo no Cultivo da Espiritualidade

Segundo Goethe, "na mocidade o ser humano vive através do corpo e, na velhice, vive contra o corpo". Ou seja, existem potenciais e forças escondidos no homem que só começam a desabrochar e evoluir quando as energias corporais começam a diminuir. E a pessoa idosa terá que fazer uma transição completa para atingir essa nova etapa — e como a fé é parte essencial desta vida, deverá também ser aprofundada e amadurecida na nova situação.

Uma das experiências mais encorajadoras e felizes de muitas pessoas idosas é a consciência crescente do triunfo do espírito, ainda quando a força física as abandona. Em psicologia é comum a idéia de que o processo pelo qual o idoso é gradualmente privado da resistência biológica é ao mesmo tempo capaz de compensar esta perda, apelando para as energias secretas, vindas do fundo do espírito e da alma.

Nas últimas décadas, foi dada uma atenção toda especial ao ser humano como um todo, incluindo o orgânico, recusando-se um pouco mais essa dicotomia artificial do que é psicológico e do que é biológico, quer dizer, juntamos esses dois aspectos como parte de um mesmo processo. Recentemente, dentro da psicologia humana, a partir da psicologia existencial, e ainda mais recentemente, da psicologia transpessoal, deu-se conta de que as dimensões humanas precisam incluir a dimensão espiritual. Não necessariamente uma dimensão religiosa ou partidária, mas uma explicação para o ser humano. A que ele veio: o que está fazendo aqui neste universo! Quer dizer, uma necessidade de se perceber pertencente a algo mais amplo do que o simples cotidiano. Quanto mais satisfatória for a resposta que o indivíduo tem a essa busca espiritual que ele vai desenvolvendo, mais tranqüilamente ele enfrentará a morte. Não é verdade que todas as pessoas que acreditam numa vida após a morte aceitam a morte, embora tendam a aceitá-la mais facilmente. Também não é verdade que só as pessoas que acreditam numa vida após a morte aceitam bem o fenômeno da morte.

A relação psicossomática já é bastante conhecida e difundida, deixando de ser o grande mistério que representava. Sabemos perfeitamente que, para aqueles que acreditam, existe ligação entre a louça espiritual e a saúde do corpo. Se o sucesso e ou insucesso na velhice dependem tanto de alguém poder permanecer intelectualmente vivo, apesar das deficiências crescentes do corpo, então nos parece da maior im-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

portância que a pessoa se prepare para a velhice, desenvolvendo as possibilidades psicológicas, intelectuais e espirituais o mais amplamente possível.

Não se chega facilmente a uma espiritualidade tão profunda do envelhecer. Nem a recebemos como graça infusa no batismo em criança. Tampouco a alcançamos automaticamente ao fazer 65 anos. A espiritualidade tem a ver com profundidade e sentido na vida humana. Como na meia-idade, que, além dos desafios, mostra oportunidades especiais para crescimento espiritual, na velhice também desfrutamos essas oportunidades que serão mais ricas se iniciadas na meia-idade. Portanto, é importante ajudar o idoso nesta dimensão espiritual frente à presença cada vez mais próxima da morte.

O Idoso e a Morte

No mundo atual existe uma grande expectativa — e tentativas — de vencermos a morte. Se no início da era cristã as pessoas viviam em torno de 25 a 30 anos, hoje, graças às melhores condições de vida e às técnicas terapêuticas, as pessoas facilmente ultrapassam os 65 anos. Portanto, o homem conseguiu melhorar muito as condições de vida, embora muitas vezes também as deturpe. Essa é a realidade.

A Realidade da Morte

O ditador russo Stalin, em um encontro com outro líder concluiu de todos os confrontos existentes, é a morte que sempre sai vencedora.

Essa realidade é inegável e os cemitérios são provas disso. Por maiores que sejam nossos esforços, um dia a morte vai chegar. Com ou sem fé, um dia todos vamos morrer. E a morte iguala todos os seres vivos. Nem o instinto e o gosto pelo viver que o ser vivo traz dentro de si são capazes de vencer a morte. Este é o fim de todo o ser vivo, que desde a formação do genoma está programado para morrer. Mas, como a morte significa o fim de uma caminhada e uma ameaça à esperança humana, carrega consigo um medo muito grande. O homem não é capaz de viver sem esperança. E a morte da esperança significaria a liquidação da humanidade.

O ser humano gosta tanto da vida que, em uma determinada fase, chega imaginar a possibilidade de estar pessoalmente imune à morte. Mas o tempo assegura ao homem a consciência de um horizonte limitado, sem qualquer possibilidade de exceção. O homem, mesmo sabendo-se mortal, age na suposição da imortalidade. E muitas vezes se pergunta: Por que morrer? Dizia Riobaldo, em *Grande Sertão Veredas:* "Viver é muito perigoso." Será que morremos somente porque a morte faz parte da vida ou continuamos vivos porque lutamos desesperadamente contra a morte?

Podemos constatar hoje que a medicina evoluiu tanto que tornou o processo do morrer muito difícil. Como é difícil morrer hoje! Difícil e demorado! Essa realidade é tão gritante que estamos sempre falando do tema "morte" e principalmente de "eutanásia", palavra que etmologicamente (do grego "eu", boa, e "thanatos", morte) significa morte boa. Hoje ganha importância outro termo, seu antônimo: a distanásia que segundo o dicionário Aurélio significa morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, na qual os profissionais da saúde, tentando salvar a vida, acabam gerando agonia. Entendendo que a morte é uma necessidade decorrente da natureza, não deveríamos ter coragem de aceitá-la, em vez de lutar contra ela, e tentar desfazer a mentalidade "anti-morte" que está impregnada em nossa cultura?

A Velhice e a Morte

A velhice não pode ser considerada isoladamente, sem que seja abrangida a idéia da morte. É parte obrigatória da velhice o fato de nessa fase da vida estarmos sob o signo da morte, em sua reta de chegada. Na segunda metade da vida tornamo-nos cada vez mais conscientes dos nossos limites temporais, o que, mais uma vez, pode ser vivenciado de modos muito diversos pelo indivíduo.

Na cultura ocidental, é característico que a morte seja excluída dos nossos pensamentos pelo tempo mais longo possível. Essa timidez que receia incluir a idéia de morte em nossas vidas pode aumentar o medo inconsciente. Acabamos, assim, nos comportando de maneira infantil-mágica. Queremos que nada nos lembre a morte e o morrer. Como crianças, acreditamos poder excluir a morte de forma mágica se não falarmos nela.

A exemplo do que acontece com qualquer doente quando fala da morte e os que o cercam tentam minimizar a questão, o que faz instaurar-se uma atmosfera de insinceridade e segredo de ambas as partes. O doente suspeita que lhe escondem algo e teme que sua situação seja pior do que imagina, os que o cercam tentam ainda com mais empenho provar o contrário.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os cientistas modernos não nos dão muitas respostas. A psicanálise, à qual devemos tantos conhecimentos sobre o ser humano, nos decepciona neste ponto. Freud fez do "determinismo absoluto" uma profissão de fé e, assim, tudo o que foi feito, tudo o que se desenvolveu e todo o futuro ele relacionava sempre ao passado, com o qual os explicava. Em conseqüência disso, para muitos psicanalistas da linha freudiana, a velhice e a morte "não passam" de uma repetição, uma nova edição de experiências anteriores, O medo da morte é interpretado como repetição de temores da primeira infância, como a castração, e quem não acredita nele apenas o reprimiu ou não conhece o inconsciente.

O Idoso e o Processo de Morrer

O processo de morrer é parte integrante de nossa vida desde o momento em que nascemos. Em certos sentidos, todos somos pacientes terminais, visto que mais cedo ou mais tarde morreremos. Se analisarmos o contexto hospitalar, paciente terminal é aquele acometido de uma doença para a qual não há cura que já entrou no processo de se desligar deste mundo.

Como a velhice pode ser considerada uma doença, que embora seja mais demorada acaba levando à morte, também o idoso pode ser considerado um paciente terminal e passar pelas fases descritas por Elizabeth Kübler-Ross[15,16], que são: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação, fases típicas de pacientes que caminha para o fim. Conhecendo estas fases, é possível melhor entender e ajudar o idoso.

Como Ajudá-lo?

Um primeiro ponto no acompanhamento do idoso é, sem dúvida, a solidariedade da presença. Quando alguém é solidário, o idoso sente que possui algum valor ("ainda tenho alguma importância"). E ao se sentirem acolhidos, em geral, os idosos contam histórias.

Ao contarem suas histórias relatam fatos que fizeram parte de sua vida. Podem nem estar conscientes disso e, certamente, nem usam vocabulários elevados, mas falam como de algo sagrado e defendem sua história como um cristal límpido. Portanto, é essencial uma presença amiga dedicada a ouvir, entender e interpretar corretamente o que o idoso pode eventualmente desejar exprimir, direta ou indiretamente, a respeito de sua experiência anterior, de seus pressentimentos de morte, de suas preocupações no tocante ao meio familiar ou a negócios que se vê na obrigação de deixar.

Nesse aspecto é importante ter o coração aberto, o que significa dar amor sem pré-julgamentos nem requisitos de qualquer espécie. Não se trata de dizer se gostamos ou não da pessoa. É preciso que manifestemos abertamente que a amamos, que o medo, a dor e o sofrimento não são certos ou errados. Nem a morte para o idoso é ruim ou boa. Porém, tudo existe. Com uma atitude receptiva poderemos sentir melhor as necessidades da pessoa que está vivendo uma grande mudança. Devemos ouvir, ver e tocar com nosso coração, além das mãos. Assim sendo, resgataremos a identidade e a valorização dos idosos, e os compreenderemos nessa fase da vida.

Conclusão

A terceira idade é um período que todos aqueles que não morrerem prematuramente terão de vivenciar. Por quanto tempo, não sabemos. O Salmo 89 diz: "A 70 anos vai a duração de nossa vida, fato notável quando chegamos a 80". E todos que convivem com os idosos, sejam crianças, jovens ou adultos, podem ganhar com a presença deles, que completam o arco da existência humana e revelam aos demais uma faceta específica do sentido da vida. Os idosos nos falam da vida e da morte, do tempo e da eternidade, do vigor e da fraqueza, do plantar e do colher, da grandeza e da limitação do humano. E a nós cabe estar ao lado dos idosos, para que eles sintam-se amparados no processo de viver e morrer com dignidade.

Referências Bibliográficas

1. Amorin TJ. A dignidade de nossos velhos. Jornal de Opinião; 1994; 290: 9.
2. Backx A. Esperar por Deus: o idosos reflete e ora. Aparecida: Editora Santuário; 1988
3. Baldessin A. Pastoral hospitalar e paciente terminal. Aparecida: Editora Santuário; 1994.
4. Baldessin A. Como fazer pastoral da saúde? São Paulo: Edições Loyola; 2000.
5. Bautista M. Pastoral da saúde e velhice. In: Vida, esperança e solidariedade. Aparecida: Editora Santuário; 1992. p. 113.
6. Beauvouir S. La vejez. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1970.
7. Bosi E. Memória e sociedade: lembrança de velhos. São Paulo: Editora da Universidade; 1987.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

8. Burghardt WJ. Envelhecer, sofrer e morrer na perspectiva cristã. Revista Concillium; 1991; 235: 77.
9. Callahan D. Ética, envelhecimento e tecnologia. Revista Concillium; 1991; 235: 32.
10. Combaz C. O elogio da idade. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
11. Frederic BS. Viva bem a velhice: aprendendo a programar sua vida. São Paulo: Summus Editorial; 1985.
12. Haddad ME. A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez; 1985.
13. Kastembaum R. Velhice: anos de plenitude. São Paulo: Harper & Row do Brasil; 1981.
14. Kovacs JM. A morte e desenvolvimento humano. São Paaulo: Casa do Psicólogo; 1992.
15. Kubler-Ross E. Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1979.
16. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1979.
17. Lapenta VH. Pastoral da terceira idade. In: Vida Pastoral; 1982; 107.
18. Lopes AC. Como viver feliz seus 100 anos. São Paulo: Edições Paulinas; 1993.
19. Oppenheimer H. Reflexões sobre a experiência do envelhecimento. Revista Concillium; 1991; 235: 46.
20. Pangrazzi A. Pastoral com os idosos. In: Bioética e pastoral da saúde, Aparecida: Santuário; 1989. p. 112.
21. Papaléo Netto M. Finitude: hospital-fronteira: In Py L (org.). Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: Nau; 1999. p.86.
22. Papaléo Netto M, Spinola, GL. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 741
23. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 19-34.
24. Pessini L. As luzes do entardecer da vida. In: Solidariedade com os enfermos. Aparecida: Editora Santuário; 1988. p. 160.
25. Pessini L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 755.
26. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos: São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola; 2004.
27. Pessini L. Os idosos. In: Ministério da vida. Aparecida: Editora Santuário; 1990, p. 37.
28. Riemann F. A arte de envelhecer. São Paulo: Livraria Veredas Editora; 1990.
29. Rodrigues HG. Demografia do envelhecimento. Revista Concillium; 1991; 235: 15.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parte VII

Aspectos Sobre Metodologia de Pesquisa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

72 Metodologia Científica em Gerontologia

Matheus Papaléo Netto

Introdução

Na últimas décadas têm surgido numerosas publicações de pesquisas originais, revisões de literatura e relatos de casos nos periódicos científicos, frutos da evolução dos conhecimentos sobre a ciência do envelhecimento. Este fato tem justificado, cada vez mais, a importância de estudos, pelo menos em nível básico, a respeito da metodologia do trabalho científico necessária para o planejamento adequado da pesquisa na área da gerontologia, para a compreensão dos métodos de estudo empregados na investigação e, também, para que se adquira um espírito crítico dos trabalhos publicados na literatura.

A gerontologia, devido às suas múltiplas facetas, aos diversos fatores envolvidos na sua gênese e, também, por ter suporte em áreas básicas como bioquímica, biologia celular e molecular, ciências sociais etc., apresenta uma ampla gama de aplicações do método científico para planejamento e execução de pesquisas em seus diversos campos de atuação. Por não ser o objetivo deste capítulo a análise dos métodos de pesquisa de cada área que compõe a ciência gerontológica, recomendamos a leitura de algumas publicações citadas nas referências bibliográficas, entre as quais destacamos: *Lectures of the Methodology of Clinical Research*, de Hamilton[14]; *Research in Gerontology*, de Rowe[27]; *Gerontology: Approaches to Medical and Clinical Research,* de Horan e Brouwer[5]; *Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde*, de Haddad[13]; *Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*, de Turato[29]; e *Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, de Minayo[18].

Entre os itens que compõem a redação de um trabalho de pesquisa — que são: introdução; objetivos; material, sujeitos, pacientes (ou casuística) e métodos; resultados; discussão e conclusões —, seguramente a metodologia constitui o núcleo da investigação científica. O mau planejamento metodológico, a utilização de método estatístico inadequado, certamente resultarão em conclusões não-confiáveis.

O objetivo deste capítulo é familiarizar o leitor com a metodologia científica qualitativa e quantitativa, principalmente com os métodos estatísticos mais freqüentemente utilizados — sem com isto querer dispensar a colaboração do estatístico. É alertar para as dificuldades inerentes à seleção de pacientes para a pesquisa; é tornar o pesquisador mais crítico com relação às próprias pesquisas e as de outros autores; é assinalar as aplicações dos diversos planos de estudo; é, em última análise, tecer algumas considerações sobre as peculiaridades metodológicas da investigação científica em gerontologia. Em relação ao conteúdo da primeira edição deste tratado, acrescentamos algumas considerações sobre os métodos qualitativos e quantitativos e as principais diferenças entre ambos, que serão objetos de análise mais adiante, neste mesmo capítulo. Serão discutidos também alguns aspectos relacionados aos ins-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

trumentos empregados na investigação e serão tecidas algumas considerações sobre a seleção de indivíduos para pesquisa, fundamentais para o trabalho com qualquer um dos métodos a ser empregado. Além disso, serão também apresentadas algumas noções sobre a seleção de animais de laboratório para investigação, cuja abordagem, obviamente, será realizada por meio de métodos quantitativos.

Seleção de Indivíduos para Estudo

As considerações que serão feitas nesta seção se aplicam, de certa forma, aos estudos com métodos qualitativos e àqueles nos quais são empregados métodos quantitativos, motivo pelo qual a seleção de indivíduos para estudo não será abordada nas seções correspondentes a cada um dos métodos referidos.

Na seleção de indivíduos (ou sujeitos, ou pacientes etc.) para participar da pesquisa reside seguramente a maior dificuldade e causa de erro no planejamento de uma investigação. Isto se deve em grande parte, de um lado, ao fato de os mecanismos básicos de envelhecimento e a mensuração da idade biológica serem tão obscuros quanto eram há décadas, de outro, ao não reconhecimento de doenças associadas ao envelhecimento e à aceitação por parte dos autores da idade cronológica como critério para estabelecer o limite entre adulto jovem e o idoso.

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu como limite entre o adulto e o idoso nos países em desenvolvimento a idade de 60 anos, e este critério cronológico tem sido adotado na maioria dos trabalhos científicos. A única justificativa para tal atitude é a inexistência de outro critério melhor, dada a dificuldade de se definir a idade biológica. Tal fato se deve, pelo menos em parte, à indefinição do início do processo de envelhecimento, que aconteceria no final da terceira década da vida, já na fase de concepção ou, segundo alguns autores, muito mais tarde.

Essas três visões, evidentemente contraditórias, pois que assinalam o início do envelhecimento em fases tão diferentes da vida, definem dois fatos importantes: a dificuldade de avaliar a idade biológica e a inexistência de marcadores biológicos eficazes e confiáveis do processo de envelhecimento. De qualquer maneira, estes fatos têm implicações importantes em gerontologia, tornando difícil a seleção de indivíduos idosos para planejamento de pesquisa.

Um outro fator relevante é a dificuldade de distinção entre senescência e senilidade, ou seja, entre as manifestações peculiares do envelhecimento e as decorrentes de processos mórbidos comuns em pessoas idosas. De fato, várias investigações relativas ao processo de envelhecimento deveriam ser reavaliadas, particularmente as efetuadas em seres humanos, dado que as alterações percebidas são muitas vezes decorrentes da presença de doença associada e não reconhecida, não do processo de envelhecimento propriamente dito. Assim, quando se deseja comparar o comportamento de uma ou mais variáveis entre jovens e idosos, o que se obtém é uma mescla de alterações relacionadas à idade e à doença associada, que mascaram os efeitos do envelhecimento normal.

Recentemente, aprofundaram-se ainda mais os questionamentos a respeito do conceito de normalidade em gerontologia e, logicamente, dos critérios até hoje utilizados para distinguir os idosos normais dos portadores de afecções associadas, dificultando a seleção de idosos para pesquisa.

Segundo Rowe e Kahn[26], essas limitações impelem o desenvolvimento de uma distinção conceitual dentro da categoria normal, ou seja, pode-se distinguir duas formas de envelhecimento: de um lado, o usual ou comum e, de outro, o saudável ou bem-sucedido.

Deve ser assinalado que a obediência a critérios rígidos de seleção com intuito de "descontaminar" o material, afastando os idosos enfermos, pode acarretar risco inverso, ou seja, selecionar apenas os idosos portadores de envelhecimento bem-sucedido, descartando os portadores de envelhecimento comum que, seguramente, constituem a maioria da população idosa não enferma.

É preciso, portanto, que os objetivos da pesquisa sejam claros e que a metodologia atenda à proposição do estudo no tocante à seleção dos pacientes. O que se pode afirmar com segurança é que o grupo de indivíduos com envelhecimento bem-sucedido não pode ser por si só representativo da população de idosos da qual foram excluídos os portadores de envelhecimento comum. Esta será melhor representada pelo conjunto de pessoas que apresentam envelhecimento comum e aquelas que exibem a forma saudável de envelhecimento, a não ser, obviamente, que se deseje estabelecer o perfil da população portadora de uma das duas formas citadas.

Fox e Hollander[11], no trabalho "Seleção de pessoas para pesquisa sobre envelhecimento", introduzem o conceito de envelhecimento normativo. Justificam para o uso de tal definição o fato de que,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

embora 75% da população com 65 anos seja apta e capaz de viver com independência, uma proporção morre a cada ano com o avançar da idade. Aqueles que sobrevivem a idades superiores a 85 anos podem ser considerados, biologicamente, a elite.

Segundo esses autores, desde que o "normal" não pode ser adequadamente definido, é impossível selecionar "pessoas normais" como controle ou como material para estudo dos efeitos próprios da idade. Afirmam, além disso, que a expressão "envelhecimento normativo" representaria o processo natural de desenvolvimento em fases avançadas da vida. O envelhecimento normativo pode ser considerado sob duas formas: primário e secundário. O primeiro seria intrínseco às espécies, geneticamente determinado ou pré-programado, universal, e ocorreria em todos os indivíduos; o segundo seria resultado de influências externas e variáveis entre indivíduos em diferentes meios. Seria, portanto, decorrente de fatores cronológicos, geográficos e culturais. Se tais fatores não forem considerados, as diferenças encontradas entre grupos de pacientes podem ser erroneamente atribuídas ao envelhecimento primário ou intrínseco, quando na verdade são conseqüentes das influências externas citadas.

As considerações a respeito dos conceitos de envelhecimento normal, comum e bem sucedido ou saudável e normativo colocam em evidência as dificuldades para o pesquisador no planejamento de uma investigação no momento de selecionar indivíduos, tanto para compor o grupo controle como para o estabelecimento do perfil de uma determinada população idosa. Deve-se ter em mente a grande variabilidade entre pessoas de um mesmo grupo etário e, principalmente, entre grupos etários diferentes dentro do conjunto total de idosos. É necessário estar ciente que fatores como idade cronológica, raça, aspectos culturais e outros (hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo, dieta inadequada etc.) são fundamentais e o seu não reconhecimento ou valorização poderá dar origem a interpretações inválidas.

Além das considerações anteriormente feitas, associa-se o fato de que, não raramente, alguns idosos apresentam modificações anatômicas evidentes sem alterações funcionais correspondentes. Assim, por exemplo, portadores de aterosclerose coronariana, comprovada por cinecoronariografia, podem cursar sem quadro clínico correspondente; idosos com osteoporose avançada, diagnosticada por radiografia e densitometria óssea, podem não referir qualquer manifestação da doença ou relatar fraturas em sua história clínica. É possível, nestes casos, considerá-los "livres de doença" e, portanto, selecioná-los como "normais"? A colocação das aspas tem por si só sentido claro e demonstra os questionamentos que podem ser feitos tanto a partir de uma resposta negativa como afirmativa. No entanto, apesar das controvérsias que estes e outros numerosos dados podem suscitar, é possível admitir que tais pacientes sejam considerados "normais" desde que fique exposta com clareza que a "normalidade" diz respeito somente à ausência de manifestações clínicas.

Percebe-se pelas considerações feitas anteriormente a grande dificuldade existente no sentido de definir com certo grau de segurança quem pode ser considerado "normal" em gerontologia e, conseqüentemente, na seleção de idosos normais para fins de pesquisa científica.

Seleção de Animais de Laboratório para Pesquisa

Modelos animais têm sido utilizados para pesquisas sobre os mecanismos básicos de envelhecimento, sua relação com as doenças e a influência de fatores externos. Tais modelos são usados com a finalidade de aprimorar os conhecimentos para melhor compreensão do processo de envelhecimento em seres humanos e, também, como base para futuras investigações.

Segundo a National Academy of Sciences, pode-se definir o modelo animal para estudo do processo de envelhecimento como "um organismo vivo no qual pode ser estudado um aspecto do envelhecimento normativo biológico ou de comportamento, ou no qual pode ser investigado um processo patológico espontâneo ou induzido pela idade que, em um ou mais aspecto lembra o mesmo fenômeno no homem". É necessário, portanto, em decorrência dessas considerações, que os resultados extraídos desses experimentos possam ser, parcial ou totalmente, extrapolados para o homem. É preciso também que o pesquisador seja portador de conhecimentos e de bom senso para discernir se os resultados obtidos com experiência em animais podem ser efetivamente confiáveis a ponto de serem transpostos para o homem e em que medida isso deve ocorrer.

Critérios de Seleção

Numerosas pesquisas com várias espécies animais têm sido realizadas com a finalidade de analisar as

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

múltiplas facetas do processo de envelhecimento, e seus resultados têm propiciado condições para elucidação de diversos aspectos desse fenômeno. A extrapolação pura e simples desses resultados para seres humanos com alguma freqüência não é pertinente. Embora tais estudos tenham trazido valiosa contribuição sobre fatores que podem influenciar o processo de envelhecimento, a dificuldade é justamente extrapolar os resultados obtidos para o homem. Esse é motivo pelo qual a preferência na seleção recai sobre mamíferos. Entre esses, os primatas, dentro da escala filogenética, seriam os que mais se aproximam, sob diversos aspectos, dos seres humanos. A escolha desses animais, no entanto, esbarra com algumas dificuldades evidentes, tais como: a longa duração de suas vidas, o alto custo de manutenção durante o tempo de experiência, o limitado número de animais disponíveis etc.

As restrições expostas justificam a opção por roedores, principalmente camundongos e ratos, animais de vida mais curta, que proporcionam mais facilidade de seguimento do início da experimentação até a morte. Dentro desses critérios de seleção é importante a obtenção de raças geneticamente bem definidas; de fácil manuseio e baixo custo de manutenção.

Para o estudo do processo de envelhecimento, no qual são usados esses animais, há necessidade de se obedecer alguns critérios: os animais devem ter idade de maior que a média da idade de sobrevida da espécie em estudo; a amostra deve ser selecionada de uma população com curva de sobrevida aproximadamente retangular e na qual, aqueles que morrem, exibem múltiplas alterações patológicas.

Importância e Dificuldades do Emprego do Modelo Animal

Já ficou suficientemente clara, por meio dessa exposição, a importância do modelo animal para estudo dos múltiplos aspectos do envelhecimento. Acrescenta-se que em relação aos roedores os benefícios da padronização de experimentos já estão bem estabelecidos. Devem ser assinaladas, contudo, as dificuldades ainda existentes no planejamento e na interpretação dos resultados. Assim, de forma semelhante ao já exposto na seção anterior com relação a pessoas idosas, as dificuldades de diferenciar o envelhecimento isolado do associado a doenças também se aplicam à experiência com animais. Outra dificuldade tem origem na variabilidade perante as múltiplas doenças possíveis, o que pode ocorrer mesmo em animais de mesma espécie e linhagem. Nesses casos, os dados obtidos devem ser complementados com exame necroscópico para melhor interpretação dos resultados.

Noções Básicas sobre Metodologia Científica Qualitativa e Quantitativa

Definição

O método científico é a maneira pela qual é construído o conhecimento na área da ciência, sendo basicamente o mesmo para todos os campos do saber. Ele pode, do ponto de vista didático, ser dividido em quantitativo e qualitativo, sintético e analítico, dedutivo e indutivo, entre outros.

É preciso que fiquem claros os significados de dois termos, erradamente empregados como sinônimos: métodos e metodologia. O primeiro, segundo Turato[29], é o modo como os estudiosos constroem seus conhecimentos no campo da ciência, sendo compreensível que, na realidade, o método seja basicamente (e filosoficamente) único para todos os saberes. Metodologia, por sua vez, é a disciplina que se ocupa de estudar e ordenar, dentro do possível, os muitos métodos que concebemos, suas origens históricas, seus embasamentos paradigmáticos acompanhados de suas relações teóricas, suas características estruturais e as especificidades de seus alvos.

Alguns Aspectos Históricos

O método cientifico está historicamente ligado à figura de Descartes. O nome desse autor acha-se profundamente vinculado à filosofia moderna e, particularmente, à questão do método. Nesse aspecto destaca-se sua publicação datada de 1637, intitulada *Discurso de método*, na qual ele faz um corte epistemológico em relação à maneira pouco matemática de se buscar o conhecimento natural. Era muito evidente a tentativa de conectar a filosofia clássica ao método científico, buscando para este regras precisas. Sobre o autor recaíram críticas à sua abordagem e à visão do método científico como a supervalorização do racional, a idolatria da razão matemática elevada à medida de todas as coisas[19]. Mondin assim se pronuncia: "Os efeitos desse erro são notáveis. Em Descartes tudo o que não é racional é colocado à parte, passa à segunda ordem, se não é negado [...] de conseqüências funestas é a doutrina cartesiana sobre a natureza do corpo animal e humano, concebido como um mecanismo automático."

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Anos antes de Descartes despontava a figura de Galileu Galilei, o grande nome da ciência moderna. A história do método quantitativo, embora não reconhecido na sua época com esta denominação, está, por sua vez, ligada ao surgimento da ciência moderna. Sobre ele Einstein nos brinda com as seguintes palavras: "A descoberta e o uso do raciocínio científico por Galileu foi uma das mais importantes realizações na história do pensamento humano e marca o início real da física." Pode-se aceitar que cabe a Galileu o legado de ter conferido autonomia à ciência, delimitando seu objetivo e método, distinguindo-a da filosofia e da religião. A ciência ficava a partir de então com o objeto específico das coisas da natureza. Com Galileu, a ciência, como já referido, ganha autonomia e a instrumentação científica passa a contar com os seguintes e importantes princípios: observação, experimentação e indução.

A história dos métodos qualitativos ou compreensivo-interpretativos é mais recente, ou seja, tem seu início há pouco mais de um século. Eles estão intimamente relacionados às ciências humanas — não como uma contraposição, como querem alguns, mas sim como complementariedade com as ciências naturais, em benefício da evolução do conhecimento científico, dando a este a abordagem ampla que ele realmente merece.

Emergia nessa época, inspirada em Comte (1983), a sociologia matemática ou positivista que desde início teve que enfrentar e ainda enfrenta os cientistas que defendem a sociologia denominada compreensiva-interpretativa. Fato semelhante ocorreu com a psicologia positivista ou comportamental, que tem como uma de suas características a possibilidade de mensurações, em contraposição à psicologia compreensiva. O confronto entre essas duas visões é também até hoje campo de atrito.

Apesar de Comte ter criado o termo sociologia, a expressão "sociologia científica" deve-se a Durkheim[9], possivelmente um dos maiores nomes da sociologia positivista, que publicou, em 1895, a obra *As regras do método sociológico*. Se o positivismo em ciência teve em seus quadros nomes de grande expressão científica, como, por exemplo, os já citados, pode-se referir como um dos expoentes da corrente contrária o nome de Dilthey[7], que se destacou entre aqueles que insistiam nas grandes diferenças entre o homem e a natureza ou, em outras palavras, entre ciências humanas e ciências naturais, enquanto objetos de estudos.

Diferenças entre os Métodos Quantitativos e Qualitativos

Antes da decisão de se aceitar que o emprego de um determinado método de pesquisa é o mais adequado, é preciso estar ciente de que ele pode responder aos objetivos da investigação ou, em outras palavras, se os objetivos da investigação poderão ser atingidos por um estudo quantitativo ou qualitativo. No primeiro caso, as respostas deverão obedecer a perguntas que se iniciem com termos como "quantos" e "que proporção"; no caso da pesquisa de abordagem em do tipo qualitativo, mais importante que as próprias perguntas é a determinação em ouvir o entrevistado, ter acesso aos seus sentimentos, aos seus problemas e ao seu comportamento. É, por vezes, a necessidade de saber lidar com questões de foro íntimo, que podem vir à tona, não raramente acompanhadas de angústia e ansiedade. É fundamental a capacidade de ouvir e de compreender. Também saber não só empregar as técnicas da metodologia qualitativa, realmente necessárias, mas utilizá-las com entusiasmo. Finalmente, é utilizar o método porque ele efetivamente atende aos objetivos da investigação, e não empregá-lo somente porque o N poderá ser pequeno.

Outro fato que tem assumido por vezes caráter de controvérsia é a crença de que os métodos, quantitativos e qualitativos, são excludentes. Pelo contrário, por vezes eles caminham juntos — quando, por exemplo, há necessidade de respostas aos "quanto", "que proporção"; como também aos "por que" e "o que", já referidos. É importante enfatizar que, apesar de se admitir a possibilidade de complementariedade entre os dois métodos, não se pode pensar numa igual complementariedade de seus paradigmas.

Essas considerações e a última ressalva deixam claro que a complementariedade pode realmente existir quando as conclusões finais de uma investigação têm a finalidade de oferecer maior entendimento do tema do estudo. Pode-se aceitar, embora não seja habitual, a possibilidade de projetos qualitativos inspirados em resultados de pesquisas que empregam métodos quantitativos e vice-versa.

Outro aspecto que merece ser ressaltado e sobre o qual criou-se um falso dilema é a escolha dos métodos para investigação. Em verdade, não se pode rigorosamente escolher o método, mas sim empregar aquele que atende ao objetivo do trabalho que, por sua vez,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

está relacionado à hipótese formulada. A metodologia científica qualitativa não se propõe a discutir mensurações de fenômenos humanos, nem os métodos quantitativos têm a finalidade, na busca da verdade científica, de responder a perguntas sobre as interpretações da dinâmica das significações desses fenômenos.

Alguns autores defendem que o ideal numa pesquisa seria utilizar um modelo combinado quantitativo e qualitativo, denominado por esses autores de "quanti-quali", não levando em consideração a diferença de paradigmas que norteiam cada uma das metodologias citadas. Turato[29] a esse respeito assim se pronuncia: "...estes trabalhos são estruturalmente quantitativos e inveridicamente apresentados como também qualitativos". Continua o mesmo autor: "São casos em que o domínio intelectual dos autores recai sobre a metodologia quantitativa, sendo que toda a necessária abrangência metodológica qualitativa se mostra equivocada ou inexiste."

Outro fato que deve ser levado em consideração é que, apesar de algumas mudanças que ultimamente têm sido observadas, até recentemente revistas médicas conceituadas não publicavam investigações que tivessem como base estudos qualitativos[4]. A maioria destes trabalhos era, e ainda é, publicada em periódicos de sociologia, antropologia ou educação, nos quais o profissional médico não está habituado a buscar informações.

Esta visão preconceituosa tem levado a algumas aberrações, como, por exemplo, considerar que os pesquisadores qualitativistas são *soft scientists,* à medida que consideram as ciências humanas mas não se expressam com a linguagem matemática. Em contraposição estão as ciências naturais, tidas como *hard sciences,* sobretudo aquelas que trabalham com dados objetivos e mensurávies.

Estas expressões, *soft sicences* e *soft scientists,* evidentemente preconceituosas e pejorativas, possivelmente têm origem na deficiente formação acadêmica do médico nos períodos de graduação e pós-graduação, como também no imenso volume de trabalhos publicados em revistas médicas que têm como base os métodos quantitativos que, para obtenção de seus resultados, freqüentemente se escudam em testes estatísticas, paramétricas e não paramétricas.

Na Tabela 72.1 encontram-se as principais diferenças entre os métodos quantitativos e qualitativos, considerando-se seus níveis epistemológicos e metodológicos, fundamentais na caracterização e úteis na compreensão de cada metodologia a ser empregada.

Metodologia Científica Qualitativa

Grande parte das considerações sobre os métodos qualitativos já foi exposta na seção anterior quando, inclusive, tivemos a oportunidade de analisar algumas diferenças em relação aos métodos quantitativos. Resta-nos agora abordar separadamente alguns aspectos da metodologia científica qualitativa.

Amostragem para Estudo de Pesquisa Qualitativa

Amostra significa literalmente uma parcela de uma população, consistindo, portanto, num subconjunto de um universo que, por meio dela, se deseja estudar. É por intermédio da amostra que se podem inferir conclusões para toda população. Ela é comumente utilizada nas investigações de cunho quantitativo sem qualquer restrição, desde que possa ser enquadrada em um dos tipos no qual ela é classificada.

A amostra tem também sido empregada em pesquisas qualitativas, muito embora seu uso seja, de certa forma, polêmico. Mesmo com esta restrição nós a utilizaremos, escudados na grande maioria de estudos qualitativos realizados por numerosos investigadores.

Diferentemente da amostra aleatória comumente empregada em estudos quantitativos, nas investigações de fundo qualitativo o que se emprega é a amostragem proposital, intencional ou deliberada. Ela pode ser definida, segundo Pope e Mays[24], como aquela cuja escolha de respondentes, sujeitos ou ambientes se faz de maneira deliberada, oposta à amostragem estatística, preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total. Percebe-se com esta definição que os critérios de inclusão dos participantes do trabalho científico também diferem dos utilizados nas pesquisas quantitativas. O autor do projeto intencionalmente determina quais indivíduos irão participar do estudo, desde que estes se enquadrem nos objetivos do trabalho. A escolha deliberada, segundo Britten e col.[4], torna possível pedir às pessoas que expliquem por que se comportam de um certo modo, explorar decisões ou inquirir sobre fatores subjacentes.

O tamanho da amostra em investigação qualitativa é motivo de dúvidas metodológicas levantadas por aqueles pesquisadores habituados a trabalhar com métodos quantitativos, pois que nesses casos para obtenção do N necessário para que o estudo seja confiável é por vezes necessária a utilização de fórmulas matemáticas para o cálculo do tamanho da

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 72.1 Principais Diferenças entre as Característica dos Métodos Quantitativos e Qualitativos de Pesquisa

Níveis Conceituais nas Metodologias	*Métodos Quantitativos/Experimentais*	*Métodos Qualitativos/Compreensivos*
Paradigma	Positivismo	Fenomenologia
Grande área de estudo	Ciências na Natureza	Ciências do Homem
Atitude científica	Busca da compreensão das coisas	Busca da compreensão do Homem
Objeto de estudo	Fatos naturais descritos	Fenômenos humanos apreendidos
Autores de referência na filosofia e na ciência	Galileu, Descartes, Comte, Claude Bernard, Pavlov, Durkheim	Dilthey, Freud, Malinowski, Mead, Lévi-Strauss Balint
Disciplinas principais	Física, Química, Ciências Médicas, Psicologia Comportamental, Sociologia Positivista	Psicanálise, Antropologia, Sociologia Compreensiva, Psicologia Compreensiva
Objetivos de pesquisa	Descrição e estabelecimento de correlações matemáticas (estatísticas) e causais entre fatos	Apreensão e interpretação da relação de significações de fenômenos para indivíduos e sociedade
Desenho do projeto	Recursos preestabelecidos	Recurso abertos flexíveis
Andamento do projeto	Procedimentos prefixados	Utilização evolutiva de recursos
Força do método	Atribuída ao rigor da reprodutibilidade dos resultados	Atribuída ao rigor da validade dos dados/ achados
Abordagens específicas	Experimentos e *surveys*	Pesquisador como instrumento
Instrumentos de pesquisa	Observação dirigida, questionários fechados, escalas, classificações nosográficas, exames laboratoriais, dados aleatórios de prontuários, psicodiagnóstico	Pesquisador com seus sentidos: observação livre, entrevistas semidirigidas; recursos complementares: coleta intencional em prontuários e testes psicológicos eventuais
Amostra/grupo para estudo	Aleatória: estatisticamente representativa de uma população	Propositál: sujeitos individualmente eleitos; tamanho pequeno
Tratamento/análise dos dados	Técnicas estatísticas, habitualmente feitas por especialistas	Análise de conteúdo por relevância teórica e repetição
Apresentação dos resultados	Em linguagem matemática (tabelas e quadros, habitualmente em separado no relatório científico)	Tópicos redigidos, com observações do campo e citações literais
Discussão dos resultados e conclusões	Confirmação ou refutação das hipóteses previamente definidas	Interpretação simultânea à apresentação de hipóteses iniciais num crescendo
Generalização pretendida	Generalização matemática dos resultados e conclusões para populações de mesmas variáveis	Conceitos e pressupostos revistos para confrontação pelo leitor-consumidor em outros *settings*

Fonte: Turato[29].
Nota: Em respeito ao autor, cujos dados foram úteis durante todo o transcorrer na redação deste trabalho, a única modificação que fizemos foi substituir o termo randômico por aleatório.

amostra. Com essa conduta é possível obter a desejada generalização para uma determinada população da qual a amostra foi extraída.

Em pesquisas de cunho qualitativo, o que menos importa é a generalização de resultados — o objetivo maior é generalização de conceitos. Minayo[18] a esse respeito assim se posiciona: "Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com generalizações e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão." Esta pesquisadora mais adiante continua:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"Certamente o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e observações."

O critério de inclusão/exclusão dos sujeitos para a investigação pode muito bem subordinar-se ao privilégio dado àqueles que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer[18].

Técnicas de Coleta de Dados

Os dados do sujeito da pesquisa (em sentido genérico) podem ser obtidos pelo profissional por meio de consulta, anamnese e entrevista. Esta última assume particular importância no âmbito da pesquisa clínico-qualitativa.

A condução de uma entrevista, como instrumento de investigação científica, pode ser classificada segundo os tipos em: estruturada, semi-estruturada e não estruturada, também conhecidas, respectivamente, sob as denominações dirigida, semidirigida e não dirigida.

A entrevista semidirigida ou semi-estruturada, que das três é a mais empregada, é aquela em que o entrevistador e o entrevistado em determinados momentos assumem a direção da entrevista, o que pode representar ganho para reunir informações úteis para o projeto de investigação. O pesquisador precisa ser suficientemente perspicaz para perceber os ganhos que estão sendo obtidos e, assim, aproveitá-los. Três situações podem ocorrer, de acordo com a riqueza de informações fornecidas pelo entrevistado:

1. suas palavras parecem constituir elementos de relevância, devendo o entrevistador mostrar-se interessado e, com isto, conseguir estimulá-lo a aprofundar as informações;
2. o entrevistador julga a fala incompleta e então passa a solicitar ao entrevistado que acrescente particularidades sobre as informações obtidas;
3. as informações são obscuras e pouco elucidativas, e o observador pede que o entrevistado explique mais claramente.

A entrevista semi-estruturada tem, em relação à estruturada e à não-estruturada, o formato mais adequado como auxiliar a ser empregado nas pesquisas qualitativas, sendo a mais utilizada. Britten e col.[4] crêem que provavelmente o método mais largamente usado no contexto da pesquisa médica seja a entrevista semi-estruturada. A literatura científica é plena de autores que confirmam as características dessa técnica, pois ela é interativa, responsiva à linguagem e aos conceitos usados pelo entrevistador e suficientemente flexível.

Técnicas de Análise e Apresentação de Dados

As técnicas de tratamento ou análise dos dados podem ser reunidas em três modalidades: inovadora, com a natural forma de construí-la e aplicá-la; variante de técnica consagrada na literatura científica; ou mescla das duas modalidades anteriores.

Antes de entrarmos em alguns detalhes sobre as técnicas de pesquisa qualitativa é importante que seja esclarecido o significado da expressão "dado qualitativo" em pesquisa quantitativa, que, de alguma forma já foi assinalado anteriormente. Esta expressão pode ser definida como uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere caráter objetivo à observação[23]. Trata-se de uma alternativa à pesquisa qualitativa, embora, como já foi seguidamente referido, os dois métodos tenham ou se apóiem em paradigmas diferentes.

Voltando ao tema das técnicas de apresentação dos dados de uma pesquisa qualitativa, pode-se afirmar que elas são tantas quantas forem criadas pelos pesquisadores, que deverão atender aos objetivos de seu trabalho. O que se exige é a necessidade de uma base metodológica consistente, que apresente uma ligação entre as diversas fases de sua aplicação e eficácia para atingir a sua finalidade.

É fácil imaginar que, dado o grande número de técnicas, as suas áreas conceituais podem se entrelaçar ou, de maneira pejorativa, se transformar num emaranhado, do qual é difícil encontrar uma saída. É necessário, portanto, que o pesquisador tenha esse fato em mente e possa elaborar um projeto de pesquisa, precavendo-se contra tal possibilidade.

Técnicas de Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. É possivelmente a mais utilizada. Com ela pode-se transformar o material em estado bruto em outro passível de ser trabalhado por meio da codificação, ou seja, identificando no material aqueles elementos que possuem homogeneidade e que se repetem com mais freqüência.

Os autores recomendam que aqueles que empregam esta técnica ultrapassem o estágio simplesmente descritivo, passando para as inferências, isto é, inferir a partir dos dados colhidos. É fundamental o pesquisador ter ciência de que, chegada esta fase, ainda não se atingiu o ponto mais alto do trabalho científico.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Cabe ainda ao investigador a tarefa de discutir e interpretar os resultados obtidos.

Britten e col.[4], tendo por base um trabalho qualitativo de sua autoria, colocam sua posição a propósito do tratamento/analíse de dados: "Uma técnica para selecionar e reorganizar o material transcrito segundo temas. Os temas foram identificados de várias leituras minuciosas de todos os transcritos."

Na atividade da leitura, que pode ser chamada de pré-análise, a finalidade é manter contato com os documentos a serem analisados e conhecer o texto, deixando-se impregnar pelo conteúdo dos mesmos. É através desta técnica que se pode ultrapassar os limites do explicitado nos documentos, "invadindo" mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados.

Após esse período de leitura passa-se à fase de categorização, que é definida como classificação dos elementos constitutivos do conjunto por diferenciação e, depois, reagrupamento segundo o gênero[2]. A categorização se faz através de vários critérios, entre os quais se destacam dois: o de repetição e o de relevância, ambos extraídos da fala do entrevistado. O de repetição é realizado por meio de uma investigação daquilo que é tido em comum. O de relevância considera em destaque um ponto falado, não necessariamente repetitivo. O que tem sido observado, segundo Turato[29], é a tendência de o investigador principiante intrincar categorias e subcategorias.

Discussão e Interpretação dos Dados do Trabalho Científico

A discussão do trabalho científico é o ato de olhar de modo especial e falar sobre a organização dos dados de maneira nova, com o uso da imaginação, permitindo melhor compreensão do assunto estudado, propondo conceitos e teorias de modo a proporcionar novos sentidos e usos à comunidade.

Interpretação, por sua vez, pode ser definida como a explicação do sentido de algo ou a reconstrução de um pensamento ou texto cujo sentido não é imediatamente claro[17]. Interpretar, segundo Alves[1], é trazer à luz o que se encontra na escuridão, trocar sentidos equívocos por sentidos unívocos, transformar poesia em prosa.

Metodologia Científica Quantitativa

Muito já foi dito quando abordamos a seleção de indivíduos para pesquisa e também a seleção de animais de laboratório com a mesma finalidade. Outros aspectos fundamentais foram discutidos na seção "Noções Básicas sobre Metodologia Científica Qualitativa E Quantitativa", particularmente na subseção "Diferenças entre os Métodos Qualitativos e Quantitativos", que se encontram resumidas na Tabela 72.1.

Instrumentos de Pesquisa

A gerontologia é, como já foi referido, uma ciência multidisciplinar, que abrange aspectos biológicos, fisiológicos, clínicos, psicológicos, sociais e nutricionais próprios, que exige os mais variados instrumentos de pesquisa, de acordo com a área ou o objeto do estudo. Assim, para exemplificar, podem ser utilizados questionários para avaliação das atividades da vida diária, das funções cognitivas etc.; podem ser usadas as dosagens bioquímicas, a densitometria óssea, a tomografia computadorizada, a ressonância nuclear magnética e a tomografia por emissões de pósitrons, as técnicas imunohistoquímicas para pesquisas na área clínica; a microscopia de luz e a microscopia eletrônica para análise histológica e histoquímica em estudos em seres humanos e animais de laboratório etc.

É oportuno deixar claro que o progresso em gerontologia requer contínua reciclagem de conhecimentos por parte dos estudiosos na área, que os permita estar a par de técnicas mais sensíveis para análise de características fisiológicas, celulares e moleculares do processo de envelhecimento. É necessário que tenham em mente os recentes avanços em outras áreas de pesquisa biomédicas para aplicá-los na solução de problemas especificamente gerontológicos, como, por exemplo, na determinação da idade biológica, que ainda é assunto controvertido e seguramente desconhecido. É preciso estar ciente das técnicas não-invasivas (por exemplo, as que utilizam radioisótopos) para análise das funções orgânicas. Para estudiosos das áreas sociais e de comportamento, faz-se necessário o contínuo aprendizado e o aprimoramento com os testes psicométricos, com os questionários de avaliação social, psicológica e nutricional — cuja abordagem é realizada freqüentemente através de métodos quantitativos — e por meio de entrevistas livres e abertas, realizadas pelo pesquisador e dirigidas ao sujeito da pesquisa utilizando-se técnicas qualitativas já referidas anteriormente.

Planos de Estudo

Mesmo que o observador não consiga perceber, ele intuitivamente irá planejar seu estudo em uma das

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

três categorias seguintes: estudos de observação, de intervenção e metodológico, que podem não ser excludentes.

Estudos de Observação

O estudo de observação é empregado quando se deseja coletar informações para descrever um fenômeno estudado ou para formular ou corroborar hipóteses. Os dados coletados podem ser retrospectivos ou prospectivos e o plano de estudo pode ser transversal ou longitudinal.

Dados Retrospectivos e Prospectivos

Os dados que compõem uma investigação podem ser obtidos retrospectivamente, ou seja, obtidos do levantamento de observações contidas, por exemplo, nos prontuários dos doentes. Tem este a finalidade, por exemplo, de estabelecer o perfil dos níveis de lípides séricos em idosos, de comparar estes valores com os observados em pessoas jovens ou, ainda, entre mulheres e homens idosos, utilizando método estatístico adequado, como será exposto adiante. A desvantagem da obtenção de dados obtidos dessa forma é óbvia: o manuseio tedioso de levantamento de dados de prontuários, freqüentemente com informações incompletas.

A vantagem do estudo prospectivo é a possibilidade, dentro de um plano de pesquisa, de coletar somente dados relevantes, tomando-se o cuidado para que os mesmos não sejam omitidos.

Estudo Transversal e Longitudinal

Dois tipos de planejamento de estudo são freqüentemente utilizados em gerontologia: transversal e longitudinal.

No estudo transversal, os indivíduos idosos são estratificados em faixas etárias, procurando-se observar as diferenças geradas pela idade entre esses grupos. Outro fato que caracteriza este tipo de análise é que as observações são feitas em um único ponto ou fase de tempo, o que a difere do estudo longitudinal, como será exposto adiante. Uma outra aplicação desse estudo é avaliar a freqüência de uma doença em uma população e, para tanto, os grupos de indivíduos que compõem a investigação são formados por aqueles que possuem a determinada afecção ou alteração e pelos que não a apresentam.

O estudo transversal é também usado em pesquisas nas quais determinados procedimentos não devem ou não podem ser utilizados repetidamente. É o caso do uso de métodos invasivos em seres humanos ou de exames anatomopatológicos em experimentos realizados em animais.

Deve ser ressaltado que este tipo de estudo assume particular importância ao fornecer informações sobre a prevalência de doenças, de incapacidades etc. e sobre as condições socioeconômicas da população idosa, permitindo definir serviços sociais e de saúde necessários ao atendimento desses pacientes. Dessa maneira pode-se planejar o número de leitos hospitalares e de retaguarda, de hospitais-dia, de centros-dia, de centros de reabilitação etc.

No estudo longitudinal, uma ou mais populações são acompanhadas ao longo do tempo e re-examinadas a intervalos pré-determinados. Estudo de coorte é uma forma particular de estudo longitudinal no qual um grupo de pessoas que tem um atributo comum, por exemplo, exposição a um determinado fator de risco, é seguido no tempo.

As medidas das variáveis para estudo longitudinal, que são efetuadas prospectivamente e realizadas a intervalos freqüentemente pré-determinados, dão origem a curvas cujas inclinações têm a finalidade de avaliar o comportamento dessas variáveis com o passar da idade. Dado que a duração da vida é longa, muitos estudos desse tipo são efetuados concomitantemente em vários grupos etários, permitindo a comparação das inclinações das várias faixas etárias estudadas.

Os dois planos de estudo referidos não são obrigatoriamente excludentes; ao contrário, um "corte" realizado em um estudo longitudinal permite que os dados obtidos sejam avaliados através de uma análise transversal. Por outro lado, em algumas situações eles podem ser complementares, isto é, as conclusões obtidas com um plano de estudo podem ser corroboradas com as de outro. Um dos melhores exemplos desse fato é o que ocorre com a associação entre um ou mais fatores de risco de doença aterosclerótica (hiperlipidemia, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo etc.) e o aumento da incidência de doença arterial coronariana. O resultado obtido como estudo transversal pode ser corroborado por meio do estudo longitudinal, que, além disso, pode fornecer algumas informações adicionais sobre a história natural da doença.

De qualquer forma, a utilização de um ou outro plano de pesquisa vai depender da proposta da investigação e do conhecimento das vantagens e desvantagens de cada um deles.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Algumas indicações e vantagens do estudo transversal já foram expostas. Acrescentam-se a elas a rapidez e o baixo custo de sua realização. Os resultados do estudo transversal, no entanto, devem ser vistos com cautela devido às dificuldades inerentes à definição do início do envelhecimento, como foi assinalado anteriormente.

Os estudos longitudinais, por sua vez, também apresentam desvantagens e vantagens. Assim, entre as primeiras, devido à longa duração da pesquisa há que se considerar o tempo gasto, o custo de realização, a natural tendência à alteração dos métodos para detecção das doenças e mesmo a sua obsolescência, os eventuais desligamentos dos indivíduos que compõem a casuística etc. Apesar dessas desvantagens, tais estudos têm sido preferidos, pois que, numa análise de uma coorte de indivíduos, os potenciais fatores de risco são avaliados sem que se saiba se uma determinada pessoa irá ou não desenvolver doença, o que elimina a possibilidade de viés; os casos de doença ou de morte que ocorrerem no grupo poderão ser estudados, evitando-se a possibilidade de se considerar somente os menos graves; e, finalmente, o estudo da coorte pode fornecer informações sobre o prognóstico de seus componentes.

Estudos de Intervenção

Os exemplos mais clássicos deste tipo de estudo são os ensaios clínicos. Pode-se defini-los como uma forma de experimento planejado que envolve pacientes com o intuito de definir o tratamento mais adequado de futuros doentes com uma determinada condição clínica. Complementando tal definição, é necessário que os resultados sejam obtidos de uma amostra de pessoas, através da qual pode-se inferir conclusões para toda a população que, eventualmente, poderá requerer o referido tratamento no futuro. Assinala-se que, embora admitido por alguns, o tratamento e sua respectiva resposta, baseados em análise de apenas um pequeno número pacientes, não poderão ser rigorosamente considerados ensaio clínico. De fato, como foi insistentemente referido, a variabilidade individual, particularmente em idosos, é de tal ordem que torna impróprio extrapolar o resultado para o restante da população. Assim, o ensaio clínico requer inevitavelmente um grupo de pacientes, mesmo sabendo-se que, por vezes, o número de doentes tem que ser grande para permitir a comparação.

Rigorosamente, este tipo de estudo é sempre prospectivo, uma vez que a análise retrospectiva dos dados está comumente sujeita a sérios problemas de viés. Com efeito, este tipo de observação não planejada raramente pode ser considerada uma contribuição convincente para a avaliação dos efeitos de uma nova terapêutica.

A maioria dos ensaios clínicos refere-se à análise de terapêutica com drogas; no entanto, eles podem ser empregados em outras formas de tratamento, como, por exemplo, na avaliação de procedimentos cirúrgicos, de radioterapia de câncer e, também, na análise comparativa entre os cuidados prestados em uma unidade de terapia intensiva e os de uma enfermaria geral. Deve ficar claro que este tipo de estudo pode ser aplicado em outras áreas da gerontologia e não somente em geriatria.

Em relação ao estudo com drogas, os ensaios clínicos são divididos em quatro fases. Vamos nos deter apenas na fase III, considerada por alguns como verdadeiro sinônimo de ensaio clínico, pois é nela que são feitas as comparações dos resultados de um novo tratamento com outros já em uso ou com placebo. A regra fundamental que preside esta fase é que os grupos de pacientes, controle e submetidos ao novo tratamento sejam similares. Esta similaridade deve também ser tentada quanto ao número de doentes, embora sejam toleráveis relações do tipo 2:1 ou 3:2 para o grupo do novo tratamento e o grupo controle. Relações 3:1 ou ainda mais díspares são indesejáveis, dado que há considerável perda do poder da estatística. Ainda com respeito ao número de pacientes que comporão cada grupo, há necessidade que ele seja suficientemente grande para que se possa obter uma estimativa razoavelmente precisa da resposta de cada grupo.

A seleção de pacientes para este tipo de estudo é habitualmente realizada por meio de ensaio controlado casualizado, embora a eficácia de um tratamento possa ser observada no de relatos de casos individuais ou de uma série de casos que, por sua vez, podem ser controlados ou não. Assinala-se que estes dois últimos tipos de estudo são menos convincentes que o ensaio controlado casualizado.

Como nos ensaios clínicos a avaliação dos resultados baseia-se nos sintomas e mesmo em manifestações subjetivas do paciente, é necessário que este não saiba que tratamento está recebendo, visto que com isso é possível evitar viés decorrente de suas respostas quando questionado sobre sua condição. Isto, que se conhece como estudo simples cego, freqüentemente é adequado se o método de questionamento é padronizado e realizado com um questionário. Quando o paciente e o profissional que participa da pesquisa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

desconhecem o tratamento que está sendo administrado, o estudo é denominado duplo cego, que é o mais utilizado neste tipo de investigação. Excepcionalmente é usado o estudo triplo cego, no qual o paciente e todos os profissionais desconhecem o tratamento que está sendo ministrado.

Partindo-se de uma idéia inicial a respeito da possível melhora com o novo tratamento a ser avaliado, é preciso estabelecer as hipóteses a propósito de sua eficácia e segurança terapêuticas. Com estas finalidades deve-se definir o tipo de paciente, os grupos a serem comparados e o método de avaliação das respostas. O próximo passo é detalhar um plano que possa satisfazer às necessidades científicas, éticas e organizacionais, para que o estudo possa ser conduzido com eficiência e de acordo com o estabelecido. Como o propósito do trabalho é obter respostas às questões formuladas nos objetivos, é importante que as conclusões sejam baseadas em evidências objetivas mais do que em impressões subjetivas.

Um exemplo que ilustra bem alguns aspectos referidos anteriormente é o citado por Greatorex[12] a respeito da terapêutica da hipertensão arterial em idosos. O objetivo de tal tratamento é evidentemente a morbidade e a mortalidade por essa afecção. Para isto, afirma este autor, os pacientes deverão ser selecionados segundo critérios pré-determinados de inclusão e, posteriormente, divididos aleatoriamente em dois grupos: o de intervenção e o de controle. Tais cuidados tendem a tornar esses grupos similares em relação a todas as variáveis. Essa preocupação é plenamente justificável, já que, por exemplo, se houver uma prevalência mais elevada de história de doença cerebrovascular no grupo controle do que no outro grupo, é possível esperar maior freqüência de episódios subseqüentes semelhantes no primeiro grupo em relação ao segundo. Tal fato pode passar a falsa impressão de maior eficácia da medicação que está sendo testada na redução da morbidade associada à hipertensão arterial, superestimando-se o valor do novo tratamento. Infelizmente não é sempre possível saber quais variáveis podem acarretar distorções na interpretação dos resultados.

Estudos Metodológicos

Os estudos metodológicos são utilizados para testar instrumentos de medida, sejam estes equipamentos de alta tecnologia, questionários para avaliação de fenômenos subjetivos — como, por exemplo, os testes psicométricos para medir o grau de depressão e de demência —, entre outros empregados nas ciências do comportamento. Eles são úteis em estudos de observação, de intervenção e mesmo na prática clínica diária.

Na análise do valor de um determinado instrumento de medida, dois critérios são empregados: validade e confiabilidade.

Validade

Um determinado instrumento de avaliação é válido quando efetivamente mede o que se propõe a medir. Assim, um questionário elaborado para avaliar a depressão deve contemplar todos os aspectos psicológicos e somáticos que compõem a síndrome depressiva. Outro aspecto que deve ser levado em consideração é sua capacidade de avaliar todos os componentes de um fenômeno particular. Assim, para avaliação do estado socioeconômico, tal instrumento não deve se prender somente ao rendimento do idoso, mas sim a todos os fatores que, de forma direta ou indireta, caracterizam sua complexa situação econômica e social, tais como: renda, educação, condições de habitação, ocupação, *status* social etc.

A validade de um instrumento de medida é avaliada por meio de comparação com outro instrumento especialmente designado para mensurar o mesmo fenômeno e que realmente provou ser a técnica reconhecidamente efetiva para tal finalidade. Este instrumento, utilizado como termo comparativo, é conhecido como padrão controle ou padrão ouro (*gold standard*). Alguns exemplos podem ser citados. Os dados obtidos com o eletrocardiograma de esforço para diagnóstico de insuficiência coronariana crônica devem ter como base de comparação lesões coronarianas evidenciadas através da cinecoronariografia. Da mesma forma, a validade de um questionário de depressão ou demência tem como termo comparativo o exame clínico realizado por geriatra ou psiquiatra, no primeiro caso, ou por geriatra, psiquiatra ou neurologista, no segundo caso. Em ambas as situações os especialistas citados deverão considerar os critérios diagnósticos contidos no DSM IV ou no CID 10.

A Tabela 72.2 permite melhor compreensão do que se entende por sensibilidade e especificidade.

O exemplo da análise comparativa entre os resultados do teste ergométrico para diagnóstico de insuficiência coronariana e os dados da cinecoronariografia pode fornecer a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo do teste.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 72.2 Sensibilidade e Especificidade Baseadas na Comparação entre os Resultados do Estudo e do Padrão de Controle

Resultados do Estudo	*Resultados do Padrão de Controle*	
Positivo	Positivo	Negativo
	Verdadeiro positivo *	Falso positivo
Negativo	Falso negativo	Verdadeiro negativo **

* Sensibilidade
** Especificidade

$$\text{Sensibilidade} = \frac{\text{Número de pacientes com teste positivo e cinecoronariograma anormal x 100}}{\text{Número total de pacientes com cinecoronariograma anormal}} \times 100$$

$$\text{Especificidade} = \frac{\text{Número de pacientes com teste negativo e cinecoronariograma normal}}{\text{Número total de pacientes com cinecoronariograma normal}} \times 100$$

O valor preditivo pode ser definido como:

$$\text{Valor preditivo} = \frac{\text{Verdadeiro positivo}}{\text{Falso positivo + Verdadeiro positivo}}$$

Confiabilidade

A confiabilidade de um instrumento de medida refere-se à sua consistência quando as avaliações são repetidas. É preciso ter em mente a possibilidade de viés, o que pode trazer prejuízos para confiabilidade do instrumento que se está testando. Isto pode ser devido ao paciente e ao observador.

Nos casos de avaliação de um questionário de depressão, por exemplo, são fundamentais a cooperação e, de certa forma, a escolaridade do paciente, para que as respostas às questões não dêem origem a interpretações equivocadas. O viés também pode ser devido ao próprio observador, o que pode ser verificado quando o mesmo instrumento dá diferentes resultados ao se repetir a avaliação. Mais comum, porém, é a possibilidade de diferentes resultados serem obtidos por diferentes observadores. Pode-se evitar esse viés aplicando-se a técnica do estudo simples cego, ou seja, aquela em que o observador não tem acesso aos aspectos relevantes do quadro do paciente, principalmente de seu diagnóstico.

Métodos Estatísticos

Importância da Estatística

Os métodos estatísticos são aplicados em todos os ramos da ciência, e a gerontologia não foge à regra geral.

A maioria das conclusões de um trabalho científico é efetuada em termos estatísticos, apesar de grande parcela dos profissionais de saúde considerar isto uma intromissão desnecessária. Alegam que grandes contribuições na área foram realizadas sem aplicação de qualquer estatística. Acrescentam também que não há necessidade de tratamento estatístico para se afirmar que uma pessoa com níveis séricos de colesterol de 400mg/100mL seja portadora de hipercolesterolemia. No entanto, é preciso ser lembrado que foi a análise estatística que permitiu estabelecer os níveis séricos normais entre 150 e 250mg/100mL e o nível ideal de 200mg/100mL, por meio dos quais é possível afirmar que o valor de 400mg/100mL seguramente situa-se acima do limite máximo normal. Neste exemplo, entre tantos que poderiam ser citados, o valor é tão grosseiramente elevado que a interpretação é extremamente simples. No entanto, o progresso nas várias áreas da saúde depende da investigação de alterações que não são tão acentuadas, para detecção das quais a utilização de métodos estatísticos é fundamental.

Noções Básicas

Como se pode inferir a partir do exposto na Introdução deste capítulo, o que se pretende é familiarizar o leitor com as aplicações dos métodos estatísticos, ilustrando o texto com alguns exemplos que podem tornar sua compreensão menos árdua. Queremos deixar claro que, tanto na fase de planejamento quanto durante o desenvolvimento e as conclusões de uma investigação, é fundamental a participação de um estatístico ou, pelo menos, de um especialista na área.

Preliminarmente é necessário enfatizar que a estatística é dividida em descritiva e indutiva ou inferência estatística. É regida por leis da probabilidade, necessárias para quantificar o grau de certeza de uma

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

determinada conclusão, propiciando condições para uma decisão racional. A probabilidade, que é medida em escala que vai de 0 a 1, permite que o pesquisador, já no início do estudo, estabeleça o nível de significância com o qual deseja trabalhar. Nos trabalhos científicos são freqüentes níveis de significância de 95% ($p < 0,05$) e de 99% ($p < 0,01$), embora outros valores possam ser usados. Mesmo abordando o assunto de forma sintética, é possível perceber que a probabilidade é ferramenta básica dos métodos estatísticos.

Estatística Descritiva

A estatística descritiva tem a finalidade de estudar as propriedades das amostras e das populações das quais aquelas foram extraídas. Ela visa tão-somente reunir e analisar um certo número de dados, de modo a torná-los rapidamente compreensíveis. Na verdade, pode ser considerada uma espécie de introdução ao objetivo principal, que é a inferência estatística, sendo o intuito desta tirar conclusão sobre uma fonte de dados.

Tais dados podem ser descritos por uma das medidas de tendência central, que são média, mediana, moda, quartil, decil e percentil; e pelas medidas de dispersão, que são variância e desvio padrão. A média e o desvio padrão, que são as medidas mais utilizadas, são parâmetros fundamentais na análise de dados que implicam mensuração (variável contínua), como peso, altura, diâmetro do coração, dosagem sérica de colesterol etc. e na caracterização de uma distribuição normal.

Os dados de enumeração, como número de pacientes com neoplasias, número de portadores de demência etc., que são variáveis discretas, podem apresentar distribuição binomial, com média e desvio padrão da proporção desses eventos. Esses dados são essencialmente do tipo "sim" ou "não", ter ou não um determinado atributo, por exemplo, uma doença.

Outra forma de descrever uma fonte de dados é a freqüência relativa, que pode ser expressa por meio de uma relação (por exemplo, proporção de casos fatais) ou por uma taxa que incorpore a dimensão tempo (por exemplo, taxa de mortalidade).

O grau de associação entre duas variáveis medidas na mesma amostra, sendo uma independente e outra dependente, pode ser descrito pelo coeficiente de correlação. Um exemplo, talvez mais típico em idosos, é a relação entre aumento dos níveis pressóricos (variável dependente) e idade (variável independente), que pode ser expressa por meio de um modelo de regressão linear. A esse respeito é importante enfatizar que, embora este tipo de modelo consiga expressar grande parte dos fenômenos de relação entre duas variáveis, é necessário ter em mente que ele não é o único.

Estatística Indutiva ou Inferência Estatística

Denomina-se estatística indutiva ou inferência estatística aquela na qual se pode tirar conclusões para toda a população a partir de dados amostrais. Nessa área dois problemas são básicos, a saber: problemas de estimativas de parâmetros populacionais por dados amostrais e testes de hipótese ou significância. Vamos nos prender somente à estimativa da média populacional, lembrando que há métodos que estimam outros parâmetros, como, por exemplo, variância, desvio padrão etc.

Estimativa por Ponto e por Intervalo

A melhor estimativa por ponto é representada pela média dos valores de uma variável contínua, cuja amostra foi tirada de uma população com distribuição normal. O mesmo é válido para a proporção, ou seja, sua média é a melhor estimativa por ponto de uma variável, cuja amostra foi extraída de uma população com distribuição binomial.

Como a média é representada apenas por um ponto, é improvável que ela seja coincidente com a verdadeira média populacional. Por esse motivo, é preferível utilizar o intervalo de confiança da média, que pode ser obtido da seguinte forma: se tomarmos numerosas amostras de uma mesma população, suas médias estarão distribuídas em torno da verdadeira média populacional. A medida de dispersão dessas médias em torno da verdadeira média é denominada erro padrão, da mesma forma que o desvio padrão mede a dispersão dos valores em torno da média amostral. Assim, "erros" de amostragem podem ser quantificados, tornando possível estimar o intervalo de confiança da média. Por exemplo, o intervalo de 95%, calculado com a média populacional e o erro padrão, estabelece os limites inferior e superior desse intervalo e implica que 95% das médias das amostras estarão dentro desses limites. Por outro lado, a probabilidade de um intervalo construído em torno da média amostral conter a média populacional é também de 95%.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Teste de Hipóteses ou de Significância

Com freqüência, o pesquisador se vê diante da necessidade de decidir a respeito da população baseado em dados da amostra. É necessário então que sejam formuladas hipóteses ou suposições a propósito da população que se deseja estudar. Assim, por exemplo, há interesse em saber se uma determinada conduta terapêutica ou uma escala de depressão é melhor que outra; se a taxa de hemoglobina em idosos é diferente da encontrada em jovens. O primeiro passo no processo de decisão é definir a hipótese de nulidade (H_0), ou seja, que não haja, nos exemplos referidos anteriormente, diferenças. A hipótese H_0 é então formulada com a expressa intenção de ser rejeitada, pois o que o pesquisador deseja é justamente comprovar a hipótese alternativa (H_1), isto é, que haja diferenças. De fato, H_1 é a definição operacional da hipótese de pesquisa, ou seja, a predição deduzida da teoria que se está buscando comprovar. Em última análise, ao se tomar decisões sobre a possibilidade de diferenças, testa-se H_0 contra H_1, aceitando-se esta se aquela for rejeitada.

Um exemplo ilustra o exposto. Um pesquisador, com base em sua experiência pessoal e em dados teóricos, deseja demonstrar que a média da taxa de hemoglobina de idosos é menor que a de jovens. Para comprovar sua suposição, toma duas amostras, uma da população de idosos e outra da de jovens, e formula as seguintes hipóteses: H_0, na qual, mi=mj (igualdade entre as médias populacionais de idosos e jovens); e H_1, na qual mi<mj (média de idosos é menor que a de jovens). Se H_0 for rejeitada, aceita-se H_1, ou seja, o pesquisador demonstrará o que queria comprovar.

Erros dos Tipos I e II

Ao se testar hipóteses podem ocorrer quatro situações:

1. a hipótese H_0 é verdadeira e é aceita — decisão correta;
2. a hipótese H_0 é verdadeira e é rejeitada — erro do tipo I;
3. a hipótese H_0 é falsa e é aceita — erro do tipo II;
4. a hipótese H_0 é falsa e é rejeitada — decisão correta.

As decisões sobre a hipótese H_0 e suas respectivas probabilidades encontram-se na Tabela 72.3.

Há, portanto, dois tipos de erros que podem ser cometidos ao formularmos decisão sobre H_0. A probabilidade de se cometer um erro tipo I que é denotada por α e representa o nível de significância da prova. Quanto maior for α, maior a probabilidade de se rejeitar H_0 falsamente e, portanto, maior o erro do tipo I. A probabilidade do erro do tipo II é denotada por β.

Tabela 72.3 Decisões Sobre a Hipótese de Nulidade (H_0) e suas Respectivas Probalidades

Decisão	Hipóteses	
	Verdadeira (Probabilidade)	Falsa (Probabilidade)
Aceitação	Correta (1 - α)	Erro tipo II (β)
Erro tipo I	(α)	Correta (1 - β)

Os valores de α e β, que devem ser fixados antes do início da pesquisa, vão determinar o tamanho N da amostra. Qualquer que seja o processo de inferência estatística, os dois tipos de erros podem estar presentes (e freqüentemente estão). Deve-se, portanto, chegar a uma forma de otimização do equilíbrio entre as suas probabilidades. Na prática, costuma-se fixar α e N antecipadamente, β estará então automaticamente determinado. É preciso lembrar, no entanto, que existe uma relação inversa entre as probabilidades de se cometer um ou outro tipo de erro. Assim, um decréscimo de α determinará aumento de β, como demonstra a Fig 72.1. A maneira de reduzir os dois erros é aumentar o N. A relevância do equilíbrio entre as probabilidades dos dois erros está intimamente relacionada com o poder da prova, que pode ser definido como a probabilidade de rejeitar H_0, quando esta é efetivamente falsa, ou seja, o poder da prova é igual a 1-β.

O nível de significância do teste, como já foi assinalado, deve ser especificado antes da extração da amostra. Infelizmente, porém, o pesquisador não assessorado por um estatístico e tendo à sua disposição programas de métodos estatísticos para uso em computadores, os aplica com freqüência sem conhecer seu poder e limitações, obtendo resultados inadequados. O que é pior: somente após a obtenção dos resultados, é que, por meio de tabelas apropriadas ou não para o método, vai-se estabelecer o nível de significância de seu interesse. Desconhecem a necessidade de pré-fixação de α e mal sabem da existência de β. Feitas essas ressalvas, é usual a adoção de níveis

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

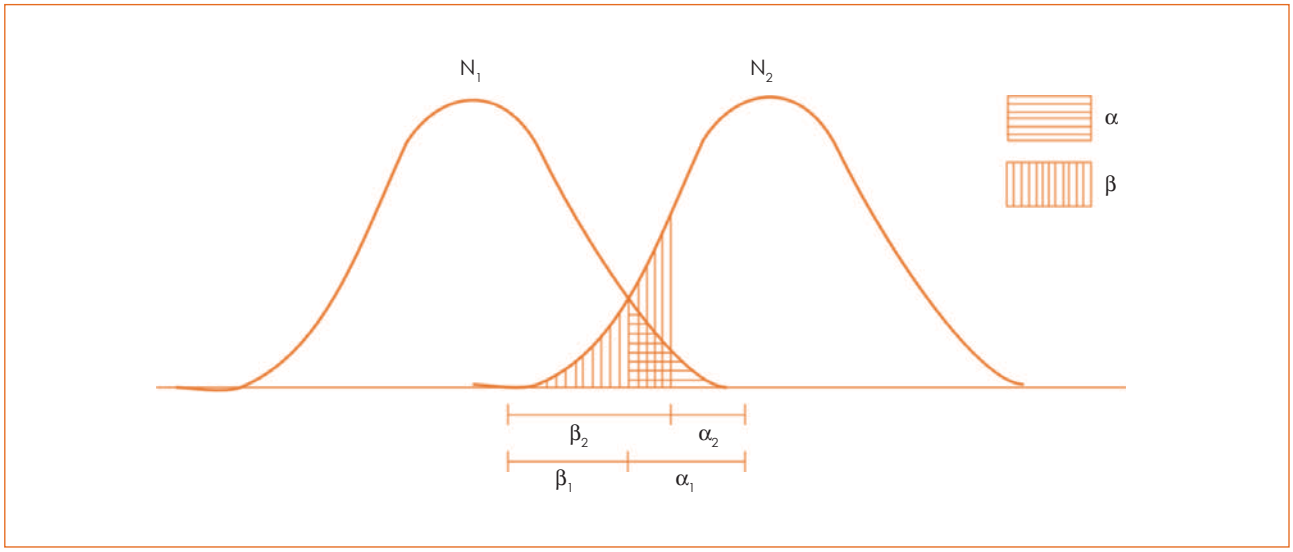


Fig. 72.1 Exemplo hipotético. Pode-se notar que para um mesmo valor de N ($N_1 = N_2$), à medida que α diminui (de α_1 para α_2), ocorre aumento de β (de β_1 para β_2).

de significância de 0,05 ou de 0,01, embora outros valores possam ser utilizados.

Amostras Independentes e Amostras Correlatas

Na seleção de pacientes, as amostras independentes podem ser extraídas aleatoriamente de duas ou mais populações, por exemplo: de jovens e de idosos, de idosos de diferentes faixas etárias, de idosos, de sexos diferentes etc; ou da mesma população, porém selecionando-se aleatoriamente dois ou mais grupos independentes para análise comparativa. Neste tipo de amostragem assume-se que todas as diferenças, além daquelas que são decorrentes da manipulação experimental, serão igualmente distribuídas entre o grupo controle e o experimental.

No caso de amostras correlatas, os dados são emparelhados segundo diversos fatores importantes na elaboração da pesquisa. Os indivíduos são selecionados aleatoriamente para o grupo controle ou para o grupo objeto de estudo. Tal método é freqüentemente utilizado em estudos de intervenção anteriormente referidos. Algumas vezes é possível utilizar o indivíduo como controle de si mesmo. Tal procedimento é extremamente útil e muitas vezes mais sensível que outras formas de estudo correlatas. As técnicas usadas para análise, no entanto, são as mesmas, qualquer que seja a forma de obtenção dos dados emparelhados.

Bases para Escolha do Método Estatístico Adequado

O poder de um teste é igual a 1-β. Assim, uma prova estatística poderá ser considerada boa quando for pequena a probabilidade de se rejeitar H_0, sendo esta verdadeira, ou for grande a probabilidade de se rejeitar H_0, sendo esta falsa. No entanto, além destes, outros fatores devem ser considerados para escolha da prova mais adequada. São relevantes também a maneira como a amostra é obtida, o tipo de distribuição da população da qual a amostra é extraída (normal, binomial, livre etc.) e o tipo de mensuração ou escala empregado (nominal ou classificadora, ordinal ou por postos, intervalar ou de razão).

Considerando-se este conjunto de fatores, os testes são divididos em paramétricos e não-paramétricos, sendo estes últimos também denominados de testes de distribuição livre.

Testes Paramétricos

Os testes de hipóteses mais poderosos são os paramétricos — teste t e teste F (freqüentemente utilizado em análise de variância). Para aplicação dos mesmos há, no entanto, algumas condições ou, pelo menos, forte suposição que estas serão obedecidas, quais sejam: que a amostra seja extraída de populações com distribuição normal; que as populações tenham a mesma variância ou, pelo menos, que haja uma relação conhecida de variâncias; que as variá-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

veis sejam medidas em escala de razão (peso, por exemplo) ou, pelo menos, intervalar; e que as observações sejam independentes (não confundir com populações independentes), isto é, a escolha de um elemento da amostra não deve influir na de outro.

Tanto os testes paramétricos como os não-paramétricos que serão estudados a seguir estão contidos na Tabela 72.4.

Comparação entre Dois Grupos

O segundo item referido anteriormente assinala a importância da variância para realização de testes paramétricos. Este fator assume particular relevância em pesquisas realizadas em idosos, visto que, como foi citado, a variabilidade entre indivíduos dessa faixa etária é seguramente maior do que a observada em adultos jovens.

Em várias oportunidades ficou claro que quanto maior o tamanho da amostra, mais as distribuições amostrais aproximam-se da distribuição normal, o que não ocorre quando as amostras são de pequeno porte (N<30). Nesses casos, a aproximação não é boa, sendo necessárias modificações convenientes. Tais modificações foram introduzidas obtendo-se um tipo de distribuição amostral conhecida como distribuição t de "Student", pseudônimo de Gosset, seu descobridor. Para grandes valores de N (>30), as distribuições t são muito próximas da normal. São estes os motivos pelos quais, para comparar médias de duas populações, emprega-se o teste t de "Student", sejam as amostras de tamanho pequeno ou grande.

Comparação de Vários Grupos

Para comparação de vários grupos, a técnica utilizada é a da análise de variância (Anova ou Anovar), que obedece às mesmas condições gerais dos testes paramétricos, embora estas, em geral, não sejam comprovadas, com possível exceção da hipótese da igualdade de variâncias (homocedasticidade). Segundo Siegel[28], "constituem, antes, suposições que são aceitas, e a veracidade ou falsidade das mesmas determina o grau de significância da conclusão probabilística a que se chegou com a aplicação da prova paramétrica".

Para efetuar análise de variância há necessidade de se testar se as diferenças das diversas amostras representativas dos grupos que se deseja comparar não são significativas, o que pode ser realizado por meio do teste de Bartlett. No caso de ocorrer diferença sig-

Tabela 72.4 Tamanhos de Tubo Traqueal e de Cateteres de Aspiração Pediátricos

Testes	*Uma Amostra*	*Duas Amostra*		*Várias Amostra*		*Correlação*
		Relacionadas	*Independentes*	*Relacionadas*	*Independentes*	
Não-paramétricos	Binomial	Mc Nemar	Exato de Fisher X^2 Mediana	Q de Cochram	X^2	Coeficiente de contingência
	X^2	Sinais	Kohrogorov-Smimov		Extensão da Medara	Coeficiente de correção e postos de Spermann
	Kolmogorov-Smimov	Wilcoxon	U de Mann-Whithey	Tredman	Kruskall-Walls	Coeficiente de correlação de postos de Kendall
		Aleatoridade para pares Walsh	Caráter aleatório para amostras indeperdentes			Coeficiente de correlação de postos de Kendall
Paramétricos	t de "Student"	t de "Student" para dados emparelhados	t de "Student" para dados não-emparelhados		Análise de variâncias (1, 2 e 3 critérios de classsificados)	Coeficiente de correlação múltipla

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nificativa entre variâncias, deve ser tentada uma das formas de substituição dos verdadeiros valores da amostra através de sua transformação por meio de logaritmos, raiz quadrada ou arco seno.

É oportuno chamar atenção para a utilização, infelizmente freqüente, da comparação de amostras duas a duas para todos os pares possíveis, desconhecendo-se aqueles que assim procedem o efeito devastador sobre o erro de tipo I.

A análise de variância pode ser dividida, segundo o número de variáveis que se deseja estudar, em análises com um, dois ou três critérios de classificação. Um exemplo explicita bem a distinção entre a primeira, mais simples, e a última, mais complexa. Carvalho Filho[6] estudou a densidade (comprimento/unidade de volume) de três tipos de fibras do sistema elástico (elaunínicas, oxitalânicas e fibras elásticas maduras), observadas à necropsia, em três estruturas cardíacas (septo, ventrículos direito e esquerdo) de crianças, adultos e idosos. Optou por realizar análises de variâncias com um critério de classificação para todas as 33 combinações possíveis dessas variáveis (por exemplo, comparou médias das fibras oxitalânicas no ventrículo esquerdo dos três grupos etários; comparou, em idosos, a média de fibras oxitalânicas das três estruturas cardíacas; e assim por diante). O autor poderia ter optado, sem perder informação, por realizar apenas uma análise de variância com três critérios de classificação, embora esta, como foi já foi assinalado, seja mais complexa.

A análise de variância permite verificar se há ou não diferença significante entre os diversos grupos, mas não discrimina qual deles é o reponsável pela diferença. Isto é possível graças à aplicação, por exemplo, dos testes de Tukey ou de Scheffé, entre outros. O último é o mais útil quando as amostras são de tamanhos desiguais.

Testes Não-paramétricos

As provas paramétricas para testar hipóteses, como foi referido, exigem que a forma da distribuição da população seja conhecida e que algumas condições ou suposições sejam consideradas. As provas não-paramétricas, que são úteis em qualquer área da gerontologia e freqüentemente empregadas nas ciências do comportamento, não especificam condições sobre os parâmetros e a forma de distribuição da população, motivo pelo qual elas também são conhecidas como provas de distribuição livre. Este fato, no entanto, não implica que a aplicação de tais provas seja livre de algumas condições ou suposições. Assim, há certas suposições básicas relacionadas à maioria dos testes não-paramétricos: que as observações sejam independentes e a variável estudada tenha continuidade básica, embora essas suposições sejam em menor número e mais fracas do que as associadas aos testes paramétricos.

Os testes não-paramétricos, por não exigirem mensuração tão severa, podem ser aplicados a dados que obedeçam escala nominal, ordinal e, algumas vezes, intervalar (Tabela 72.4). Na escala nominal há um escalonamento que consiste na partição de uma determinada classe em um conjunto de subclasses mutuamente excludentes. Os membros de qualquer subclasse são, no entanto, equivalentes, isto é, há uma relação de igualdade (= a). As estatísticas mais comumentes empregadas são c2, binomial, Fisher etc.

Os testes paramétricos são também usados para dados apresentados em forma de pontos ou de escores que têm a força de postos. Um exemplo ilustra o que afirmamos: a condição socioeconômica constitui uma escala ordinal; assim, todos os membros da classe média superior estão em uma posição mais elevada que os da classe média inferior. Percebe-se que há uma relação entre estas classes, que pode ser representada pelo símbolo >. A relação "igual a" (= a) ocorre apenas entre membros da mesma subclasse.

Uma das condições para alguns testes de postos é que os valores sejam extraídos de uma distribuição contínua, embora os dados possam dispor-se em categorias discretas. Por exemplo, pode-se dividir os portadores de síndrome depressiva em mais deprimidos e menos deprimidos, mas é também possível supor que na base dessa dicotomia exista um *continuum* de pacientes com quadros clínicos intermediários. Outro fato que merece ser ressaltado é que, da mesma forma que a média é a medida de tendência central dos testes paramétricos, a mediana o é para os valores de uma escala ordinal.

Ficou claro que, quando todas as suposições ou condições para utilização de um modelo paramétrico forem satisfeitas, será um desperdício usar uma prova não-paramétrica, pois que tal atitude pode acarretar perda de informação. No entanto, quando tais condições não forem atendidas, é preferível transformar os dados para uma escala nominal ou ordinal que permita o uso de um teste não-paramétrico. Foi o que fizemos no trabalho "Papel da circulação

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

colateral revelada pela cinecoronariografia na insuficiência coronariana. Avaliação através das tábuas de sobrevivência", o que permitiu a utilização de testes não-paramétricos (c2, Fisher e Goodman) para comparação entre os grupos com e sem circulação colateral.

Análise Multivariada

Com freqüência, o pesquisador está mais interessado em saber o efeito de um conjunto de variáveis, denominadas independentes, sobre uma outra, que é a variável dependente. A análise univariada, através da qual se estuda o efeito de apenas uma variável independente sobre a dependente — que é avaliada, por exemplo, por meio do coeficiente de correlação simples de Pearson — pode acarretar interpretações inadequadas ou incompletas ao não levar em consideração a provável inter-relação entre as diversas variáveis independentes.

Em idosos, é conhecido o fato de que os fatores de risco da doença aterosclerótica, com exceção da própria idade, da hipertensão arterial, do *diabetes mellitus* e da sobrecarga ventricular esquerda, não têm a mesma importância que em indivíduos jovens. Embora fatores como sedentarismo, tabagismo, obesidade etc. possam não ter papel de relevância em idosos quando considerados isoladamente, é possível supor que possam interagir entre si e com outros fatores, assumindo papel de importância. A resposta a isso pode ser obtida na avaliação conjunta dos dados através da análise multivariada. Esse exemplo, assim como numerosos outros, inclusive alguns citados nas referências bibliográficas deste capítulo, mostram a importância deste método estatístico.

Considerações Finais sobre Métodos Estatísticos

Deve ser enfatizado mais uma vez que se procurou aqui apenas colocar o leitor a par de uma série de possibilidades que os métodos estatísticos propiciam, alertando que eles devem ser levados em consideração já no início do experimento, ou seja, na fase de planejamento. Deve ser lembrado também que boas respostas somente são obtidas quando as perguntas feitas ao material de que se dispõe são perfeitas. É nesse ponto que se destaca a importância dos métodos estatísticos.

Bibliografia

1. Alves R. Lições de feitiçaria. São Paulo: Loyola; 2000.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
3. Blum JR, Fattu NA. Nonparametric methods. Rev Educ Res 1954; 24: 467-473.
4. Britten N et al. Qualitative interview in medical research. BMJ 1995; 311: 251-253.
5. Brouwer A. The nature of aging. In: Horan MA, Brouwer A (eds.). Gerontology: aapproaches to biomedical and clinical research. Londres: Edward Arnold; 1990. p. 1-10.
6. Carvalho Filho ET. Estudo morfo-quantitativo do sistema elástico no miocárdio ventricular de crianças, adultos e idosos. Tese do Concurso de Livre docência de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
7. Dilthey W. Introducción a las ciencias del spiritu: ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad e de la historia. 1 ed. Madri: Alianza Editorial; 1980.
8. Dixson WJ, Massey FJ. Introduction to statistical analysis. 3rd ed. São Francisco: McGraw-Hill; 1969.
9. Durkheim E. As regras do método sociológico: o suicídio e outros. Coleção Os Pensadores. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural; 1983.
10. Ebrahim S. An epidemiological approach to ageing research. In: Horan MA, Brouwer A (eds.). Gerontology: approaches to biomedical and clinical research. Londres: Edward Arnold; 1990. p. 40-63.
11. Fox RA, Hollander CF. Selection of subjects for ageing research. In: Horan MA, Brouwer A (eds.). Gerontology: approaches to biomedical and clinical research. Londres. Edward Arnold; 1990. p. 27-37.
12. Greatorex IF. The approach to a scientific paper. In: Horan MA, Brouwer A (eds.). Gerontology: approaches to biomedical and clinical research. Londres: Edward Arnold; 1990. p. 204-213.
13. Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca; 2004.
14. Hamilton M. Lectures on the methodology of clinical research. Londres: Livingstone; 1961.
15. Hoel PG. Elementary statistic. 3 ed. Nova York: John Wiley & Sons; 1961.
16. Hoel PG. Elementary statistics. 3 ed. Nova York: John Wiley & Sons; 1961.
17. Japiassu H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitative em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
19. Mondin B. Corso di storia della filosofia. Milano: Massimo; 1984.
20. Papaléo Netto M. Papel da circulação colateral revelada pela cinecoronariografia. valiação através das tábuas de sobrevivência. Tese do Concurso de Livre docência de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: 1975.
21. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Figueira JL et al. Alterações lipídicas em idosos portadores de complicações da aterosclerose. Arq Bras Cardiol; 1988; 50:11-21.
22. Papaléo Netto M. Metodologia científica em gerontologia. In: Papaléo Netto M (ed.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 501-516.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

23. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Edusp; 1999.
24. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts others methods canno reach. An introduction to qualitative method in health and health service research. BMJ; 1995; 311: 42-45.
25. Rowe JW. Clinical research in aging: strategies and directions. New Engl J Med; 1977; 297:1332-l339.
26. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science; 1987; 237: 143-152.
27. Rowe JW. Research in gerontology. In: Rowe JW, Besdine RW (eds.). Geriatric medicine. 2 ed. Toronto: Little Brown Co; 1988. p. 513-523.
28. Siegel S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. Nova York: McGraw-Hill; 1956.
29. Turato ER. Tratado de metologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórica epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Índice Remissivo

A

abordagem interdisciplinar, 299, 342-343, 479, 495, 508-509
absorção de drogas, 456, 462, 721
acidente vascular cerebral, 169, 289, 360, 365, 678, 783, 787
ácido desoxirribonucléico (ADN), 86, 87, 89, 91, 101
ácido fosfórico, 86
ácido ribonucléico (ARN), 7, 86, 92, 94, 96, 97, 100, 105, 116, 460
ações gerativas, 70, 72
adesão ao tratamento medicamentoso, 729-742, 730
  avaliação da, 740-741
  desconhecimento da doença, 736
  diagnóstico da não-adesão, 737
  dificuldade de deglutição, 732
  efeitos colaterais, tóxicos e idiossincrásicos, 733
  normas para terapêutica farmacológica, 733-734
  quantidade diária consumida, 732-733
  relato de experiências, 738
  sabor da medicação, 733
  tipo de medicação, 733
afrodescendentes, 71
agentes hipocolesterolêmicos, 459
Aids, 219, 279, 288, 294, 302, 515, 625, 641, 833, 841, 844, 855, 856
Albert Einstein, 267, 268, 885
aldosterona, 117
alterações celulares, 101, 103, 105-106, 114, 269
alterações físicas, 226, 648, 651
alterações funcionais, 6, 8, 9, 31, 32, 107, 109, 122, 134, 142, 316, 425, 525, 808, 883
alterações metabólicas, 95-8, 524, 586, 590
  teoria da taxa de vida, 95-97
  teoria dos radicais livres, 95, 97-98
alterações morfofuncionais, 91, 93, 808
alterações nos sentidos, 397
alterações nucleares, 106
alterações orgânicas, 36, 96, 97, 108, 114, 124, 133, 455, 733
  composição corpórea, 7, 108, 109, 415, 810
  estatura, 5, 107, 109, 416, 417, 754
  peso, 85, 107, 108, 109
alterações morfológicas, 29, 105, 107, 109, 111-113, 263, 297, 398
alterações protéicas, 98, 100
alterações sensoriais, 397, 482, 508, 563, 648, 650
alterações teciduais, 6, 106-107, 570
aminoácidos, 107, 432, 463
  código de, 88
anamnese, 121, 311, 334, 448, 523, 537, 560, 574, 593, 693, 706, 708, 765, 888
androgênios, 281, 284, 285
angina pectoris, 361
anormalidade sexual, 289
anticolinérgicos, 298, 329, 334, 336, 361, 447, 462, 507, 539, 708
anticorpos, 88, 90, 97, 99, 118, 335
antidepressivos, 289, 297, 298, 329, 334, 336, 337, 457, 459, 462, 507, 539, 564, 708, 723
Antigüidade, 77, 92, 94, 246, 293, 609, 735, 811, 845
anti-hipertensivos, 289, 334, 507, 539, 561
antipsicóticos, 294, 334
Antropologia, 78, 161, 250, 886
apoptose, 101
aposentadoria, 7, 57, 58, 66, 120, 140, 167, 221, 226, 243, 284, 294, 324, 361, 456, 481, 514, 619, 637, 672, 750, 756, 814

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

arteriosclerose, 90, 92, 101, 108, 116
arteterapia na terceira idade, 371-375
  conceito, 372-373
  técnicas e materiais, 374
artrose, 289, 573
asilo, 122, 123, 641, 674, 684, 743
aspectos antropológicos, 31, 211-215
aspectos psicológicos, 255-265, 351, 514, 537-538, 608, 764, 808
  ego, 65, 66, 71, 226, 259, 260, 269-270, 272
  id, 259, 260
  superego, 259, 260
aspectos semiológicos, 522
aspectos sociais do envelhecimento, 187, 679
aspiração e metas, 63
assistência disciplinar, 152, 153, 154
assistência social, 179-181, 605, 672, 679, 743, 745, 752
assistente social, 127, 130, 143, 146, 155, 159, 488, 499, 564, 676, 690, 692, 703, 708, 735, 738, 749, 753
Associação da Doença de Alzheimer e Doenças Relacionadas (ADRDA), 302
Associação Internacional para o Estudo da Dor, 842
atenção farmacêutica, 719-727
  automedicação, 722
  interação farmacocinética, 723
  interação farmacodinâmica, 723
  interação medicamentosa, 723
  polifarmácia, 720
  reações adversas a medicamentos, 722
  seguimento farmacoterapêutico, 720
atenção preventiva, 655-669
aterogênese, 108
aterosclerose, 8, 101, 108, 117, 285, 312, 332, 429, 444, 449-450, 584, 786, 883
atividade física para o idoso, 781-794
  adesão à, 792-793
  benefícios da, 783-785
  distúrbio de condução do ritmo, 788
  escala de percepção subjetiva, 788
  gasto calórico semanal, 786
  guias e recomendações para exercícios, 791
  quantidade e qualidade, 782-783
  questionário para triagem, 787
  sedentarismo, 781-782
atividades da vida diária (AVDs), 135, 143, 244, 303, 318, 395, 601, 604-605, 610, 616, 672, 676, 685, 692, 745, 753, 889
atividades da vida prática (AVPs), 244, 685, 692
atribuições específicas de cada profissional, 705-708
atuações fisioterapêuticas, 561-563
  incontinência urinária, 561-562
  instabilidade postural e quedas, 562-563
audiometria, 276, 489
autoconceito, 61, 67, 79, 80, 168, 489
auto-estima, 34, 61, 71, 169, 221, 226, 230, 259, 264, 281, 290, 365, 399, 567, 598, 705, 734, 768, 789, 811
autonomia, 9, 36, 37, 69, 82, 146, 172, 684, 693, 759, 767, 811, 814, 847, 885
auto-regulação, 61, 166, 167, 483, 615
auxílio doença, 9
avaliação cognitiva, 301-321
  critérios diagnósticos de demência, 303-306
  etiologia das demências, 304
avaliação funcional, 131, 134, 139, 426, 559, 589, 605, 615, 618
avaliação geriátrica abrangente, 614, 617
avaliação holística, 160, 769
avaliação integral, 124, 125, 126
avaliação multidimensional, 30, 37, 121, 128-131, 133, 135, 140, 146, 149, 676
avaliação nutricional, 415-421, 708
  classificação do estado nutricional, 417
  medidas antropométricas, 117, 118, 415, 708
baby boomers, 185

B

Baltes, M. M., 63, 68, 69
Baltes, Paul B., 62, 63, 73
barorreceptores, 115, 651
Barthes, Roland, 276
bem-estar, 67, 69, 77, 122, 128, 144, 151, 166, 171, 510, 586, 597, 605, 632, 637, 642, 767, 812, 832, 851
benzodiazepínicos, 294, 297, 337, 363, 457, 461, 506
biogerontologia, 1-5, 31, 34, 35, 89
biomarcadores do envelhecimento, 4
Bourlière, 98, 118
Bühler, Charlotte, 63-65

C

Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination, 314-315
câncer, 72, 92, 99, 101, 201, 286, 383, 447, 527, 679, 768, 873, 891
candidíase, 541
capacidade proliferativa, 89
características biofisiológicas, 6, 7, 25, 32, 34, 35, 59
  ácido ribonucléico (ARN) ribossômico, 7
  declínio, 61
  doença de Alzheimer, 4
  envelhecimento, manifestações, 7

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

enzimas, 7
marcadores, 29, 59, 85
modificações, 7, 29
pressão arterial, 7
características biopsicossocias, 439
características socioeconômicas, 51-53
cardiopatias, 289, 294, 298, 304, 383, 444, 445, 451, 471, 597, 601, 698
Carrel, Alexis, 87
Carstensen, Laura L., 67, 71, 78, 170
catarata, 19, 20, 24, 100, 388
causas de demências potencialmente reversíveis, 329
células
B, 88, 90
citotóxicas, 88, 90
embrionárias, 89
in vivo, 88
somáticas, 87, 101
centros de convivência, 248-249
ciclo da resposta sexual, 285-288
ciclo de vida, 31, 66, 77, 168, 187, 245, 293, 393, 480, 487, 538, 734, 850
ciclo menstrual, 282, 283, 357
ciclos estrogênicos, 91
ciclotimia, 293
CID 10, 140, 293, 302, 307, 315, 892
cidade acessível aos idosos, 645-654
desenho universal, 646-647
diferentes perdas funcionais, 648
escada e rampa, 648
garantia de acessibilidade, 652
moradia, 648-649
travessia, 647
ciência do envelhecimento, 30, 31, 33, 149, 155, 807, 881
divisões, 31, 32
gerontologia biomédica, 31, 32
gerontologia social, 5, 30-32, 67, 78, 79
Cinco Grandes Fatores, teste de, 71
cinesioterapia, 558, 562, 569, 570, 576, 579, 707
cintilografia cerebral, 297
citalopram, 298
ciúme, 259
Classificação Internacional de Doenças (CID), 201
climatério, 60, 110, 117, 251, 261, 284, 285, 802
código genético, 99, 102, 436
co-educação entre gerações, 233-241
ambientes estimulantes para, 238
conflito de gerações, 234-235
identidade de interesses, 237
premissas e condições para, 237-238
relação dos idosos, 235
relações amistosas e duradouras, 237-238
colapso de competência, teoria do, 80
compensação
aparelhos auditivos, 61, 63, 66, 68
cadeira de rodas, 37, 63, 68, 136, 139, 389, 559, 604, 648, 652, 745, 755
complicações osteomioarticulares, 570
comprometimento cognitivo leve, 306-308
comunicação na longevidade, 479-497
contribuição da fonoaudiologia, 480-481
importância da linguagem, 480
reabilitação fonoaudiológica, 486
condições pré-mórbidas e mórbidas, 508
condições sociais, 129, 167, 170, 194, 294, 407, 408
condutas dietéticas, 441-453
dislipidemias, 444
hipercolesterolemia, 445
hipertrigliceridemia, 445
triglicérides, 444-445
Confederação dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), 177
Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, 183
conflito de gerações, 11
conflitos inconscientes, 259
Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 181-183
conseqüências sociais, 188-189, 196
Consórcio para Estabelecer o Registro para Doença de Alzheimer (CERAD), 141
Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease, 315-316
Constituição Brasileira de 1988, 187
Construcionismo Social, 82
conteúdos compartilhados entre as gerações, 239-240
continuidade, teoria da, 80
controle de, 47
Coréia de Huntington, 304, 328
crescimento mitogênico, 89
crescimento
pós-traumático, 72
psicológico, 72
cristalino, 91, 93, 98, 100
critérios de gravidade de demência, 313
cromossomos, 89, 101, 328
cuidadores de idosos dependentes, 711-717
funções do cuidador primário, 713
natureza do cuidador familiar, 714
perfil do cuidador, 714
tipos e estruturas do cuidado, 712
cuidados
básicos de higiene, 259
paliativos, 160, 480, 496, 569-570, 687, 851, 858
culturas de curto prazo, 90
culturas de longo prazo, 87
carcinoma, 88, 522, 541, 801, 802
mesênquima, 88
culturas *in vivo*, 90
curso da vida, 64, 72, 73, 78, 83, 166, 167, 170
curva hipotética, 94

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

D

dados de mortalidade, 201-203
Darwin, Erasmus, 26
darwinismo, 58
DECO (*decreasing oxygen consumption hormone*), 98
déficits cognitivos, 263, 302, 314, 328, 334
déficits funcionais, 129, 131, 140
deglutição, 499-511
  alterações da, 502
  desidratação, 502
  desnutrição, 502
  dinâmica da, 503-504
  excursão hiolaríngea, 501
  fases da, 500-502
  perda da dentição, 500
delirium, 130, 140, 305, 315, 328, 335, 561
demência, 92, 127, 129, 140, 169, 205, 301, 319, 412, 574, 667, 764, 796, 892
demência pelos corpúsculos de Lewy, 304
demência segundo a faixa etária, 327
demência vascular, 328, 331-332, 706
demências irreversíveis, 328, 333
dependência, 60, 169-170
dependência afetiva, 37, 259
dependência-suporte,170
depressão, 127, 205, 207, 245, 293, 299, 324, 337, 361, 363, 407, 412, 593, 660, 706, 764, 795, 854, 877, 892
desenvolvimento
  biológico, 57
  do ego, 71
  humano, 58, 72, 78
  individual, 58
  mental, 58
  processo contínuo, 59
  psicossexual, 58
  quebra de estabilidade do, 59
  trajetórias de, 59
desequilíbrios neuroendócrinos, 261
desnutrição protéico-calórica, 447-449
diabetes mellitus, 44, 116, 117, 124, 129, 285, 290, 329, 348, 361, 445, 451, 455, 471, 505, 506, 625, 677, 698, 799, 803, 808, 811, 899
dihidroepiandrosterona, 117
dinâmica da equipe interdisciplinar, 703-704
dinâmica do atendimento, 158-159
  assistência domiciliária, 159
  internação hospitalar, 159
  nível ambulatorial, 159
direitos do idoso, 178, 183, 194
direitos fundamentais, 177, 183, 193, 487
discriminação, 199, 205, 486, 534, 671, 851
disfagia, 114, 426, 499, 502, 567, 603, 706
  causas da, 505
  neurogênica, 504
  níveis de, 502-503
disfunção erétil, 290
disfuncionalidade (inatividade do tempo de vida remanescente), 165
disfunções orgásticas, 290
dispareunia, 290, 398
dispnéia, 171, 361, 389, 570, 571, 573, 596, 603, 764
distanásia, 831-846
  modelo de profissionais médicos, 837
  paradigma biopsicossocial, 836
  paradigma científico-tecnológico, 834
  paradigma comercial-empresarial, 834-835
  paradigma da benignidade humanitária e solidária, 835-836
distimia, 293, 295
distribuição de renda no Brasil, 192-194
distúrbios da ejaculação, 291
distúrbios neuropsiquiátricos, 336-337
doadores, 89
doença
  de Alzheimer, 6, 92, 93, 108, 142, 164, 235, 301-303, 305, 306, 315, 316, 318, 326-328, 330, 334, 361, 505, 506, 618, 706, 785, 796, 797, 873
  de Jakob-Creutzfeldt, 333
  de Parkinson, 289, 301, 304, 305, 328, 331, 332, 361, 387, 457, 458, 505, 506, 706, 708, 785
  de Peyronie, 290
  de Pick, 304
  orgânica, 169, 312
  renal crônica, 289
doenças
  crônicas, 9, 121, 169, 189, 257, 610, 615, 672, 696, 730, 783, 797, 837
  degenerativas, 189
  endócrinas, 289
  hepáticas, 289
  somáticas, 62
doente idoso terminal, 759-770
  avaliação clínica da dor, 765
  comportamento da família, 761
  cuidados paliativos, 766-768
  escala de estado de desempenho Karnovsky, 765
  hospice, 762
  modelo do processo de morte, 760
  sofrimento e morte, 760
doentes em fase terminal, 129, 159-160
donezepil, 336
drogas associadas à demência potencialmente reversível, 329
drogas tricíclicas (ATCs), 297
Drosophila subobscura, 96, 97
duloxetina, 298
duração máxima da vida, 5

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

E

educação interdisciplinar, 472
efeitos de drogas sobre alimentos e/ou nutrientes, 457-461
efeitos
  da desnutrição, 62
  da pobreza, 62
  do baixo nível educacional, 62
eixo hipotálamo-hipofisário, 283
eletroencefalograma, 354
enfermagem em gerontologia, 377-391
  atividades da vida, 384-387
  dados pessoais, de saúde e da família, 379
  história médica, 383
enfermagem gerontológica
  expectativa do idoso frente à, 400-401
  o processo de envelhecimento e a, 395-396
  conceito, 394-395
  objetivos da, 395
entrevistas estruturadas, 311-316
entropia biológica, 166
envelhecimento
  bebidas alcoólicas, 36
  biologia do, 85
  comum, 35
  efeitos do, 62
  em nível molecular, 91
  fatores extrínsecos, 35
  fenômeno mundial, 39
  fenótipo do, 85
  fisiologia do, 105-119
  impacto econômico do, 54, 55
  índice de, 43
  marcadores típicos, 85
  modelos de, 87-93
  normativo, 36
  populacional brasileiro, 49-54
  primeiro programa acadêmico sobre, 59
  processo de, 85, 86, 88, 89, 92, 95, 133, 149
  psicológico, 261
  ritmo de, 94
  sinais corporais do, 59
  sociedade, e, 83, 84
  vocal e laríngeo, 490
envelhecimento bem-sucedido, 33, 120, 165, 807-815
  papel da sociabilidade e da educação, 814-815
enzimas polimerases, 92
epidemiologia analítica, 521
epífises ósseas, 284
equação de Gompertz, 94, 95
equilíbrio hemodinâmico, 399
equipe interdisciplinar, 130, 146, 257, 507
Erikson, Erik, 63-65, 69, 71
  ego, 63, 64
  epigenético, 64
  oito idades, as, 66
  teoria sobre a sexualidade infantil, 65
erro catastrófico de Orgel, 99, 100
Escala Clínica de Demência (CDR), 318-319
escala de depressão geriátrica, 144, 145
escalas de avaliação de demência, 316
  de Blessed (BLS), 316 318
  de Deterioração Global (GDS), 316
esclerose, 113, 117, 212, 290, 333, 491, 505
Escola de Frankfurt, 82
escore isquêmico de Hachinski e Rosen, 311-312
"Espelho Quebrado", 271
espermatozóides amorfos, 261
esquizofrenia, 306, 310, 312
estado
  afetivo, 142-146
  cognitivo, 140-142
  físico, 135
  psíquico, 140
estágios de transição, 63
estases em valéculas, 508
Estatuto do Idoso, 55, 177-184
estelionatários, 205
estenoses, 508
estereótipos, 251
estímulo
  parassimpático, 111, 112, 115
  simpático, 111, 112, 115
estratégias de atendimento, 124-126
estratégias de proteção, 207
estratificação por idade, teoria da, 81, 83
estrogênio, 281-285
estrógeno, 110, 435, 436, 452, 491, 800
Estruturalismo, 268
estruturas cromatínicas, 92
etiologia, 294
etnia, 71
etnografia, 213
eutanásia, 847-859
  aspectos ético-morais, 849
  aspectos legais, 852
  aspectos médicos, 850
  aspectos religiosos, 856
  conceito, 848
  história, 847-848
eventos não normativos, 168
evolução da população de 60 anos ou mais, (1980-2025), 658
exame físico, 129
expectativa de vida, 44-47, 94, 164, 189
experiência de viver, 168-170
exterorreceptores, 115

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

F

faculdades da terceira idade, 192
farmacologia, 185
fase do sadismo máximo, 516
fatores biológico-genéticos, 165
fatores de risco de morbidade, 126
fatores extrínsecos, 95-96
    radiação, 96
    restrição calórica, 95
    temperatura ambiental, 96
fatores psicoemocionais, 245
fecundidade, 40, 41, 47
    taxa de, 39, 50
    métodos contraceptivos, 47, 51
    queda da, 9, 40, 41, 50
fenótipo, 85, 93, 101
fibroblastos, 87-89, 92, 107
fibrose generalizada, 283
filosofia de vida, 244-245
fisioterapia motora, 557-572
    aspectos preventivos, 558-559
    avaliação fisioterapêutica, 559-560
    sarcopenia, 558
fisioterapia respiratória, 573-582
    asma do idoso, 573-574
    avaliação fisioterapêutica respiratória, 574-576
    doença pulmonar obstrutiva crônica, 573
    fibrose pulmonar idiopática, 574
    pneumonia, 574
fluoxetina, 298, 336
Folstein, mini-exame do estado mental de, 127, 140
fratura de colo de fêmur, 204
Freud, 63, 65, 267
função cardíaca, 110-112, 443, 584
    ATP, 109
    cateterismo, 112
    débito cardíaco, 110
    ecocardiograma, 112
    endocárdio, 108
    funções ventriculares, 109
    mapeamento radioisotópico, 112
    miocárdio, 108
    pericárdio, 108
    variáveis funcionais, 109
função digestiva, 114-115
    bromossulfaleína, 112
    músculo cricofaríngeo, 112
    presbiesófago, 112
    teste da d-xilose, 114
função pulmonar, 113
    alterações alveolares, 111
    colabamento precoce, 113
    enfisema senil, 113
função renal, 9, 113, 114, 302, 361, 429, 435, 442, 809

G

Galeno, 21, 23, 25
gap detecten, 513-514
gene, 86, 91, 92
genoma, 62, 101, 164, 166, 876
genótipo, 101
geratividade, 66, 69-72
Geriatria e Gerontologia
    avaliação gerontológica multidimensional, 37, 121, 122, 124
    caracterização e definição de, 30
    como disciplina, 31, 150
    instituições especializadas em, 27-28
    pesquisa em, 36, 74
gerontólogo, 217
glândulas de Bartholin, 285
glaucoma, 298, 388, 724
gonadotrofinas, 110, 285
Grande Depressão norte-americana, 62
Grande Mãe, 64
Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI), 205-206

H

halitose, 539, 542
Hall, G. Stanley, 58
Hayflick, modelo de, 89
herpes labial, 539-540
hipertireoidismo, 329, 361, 388, 597, 802
hipertrofia cardíaca, 584, 597
hipoacusia, 489
hipofisectomia, 98
hiponatremia, 116, 117
hipotálamo, 91, 98
histerectomia, 290
história pregressa, 129
home care, 129, 695
    vantagens, 696
homeostase, mecanismos da, 115-118
homeostasia, 396
homossexualismo, 261
hormônio
    antidiurético, 110, 116
    do crescimento, 116

I

iatrogênese, 130
iatrogênias, 256, 262, 360, 361, 363

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

IBGE, 163
idade avançada, 166-169
idades biológica e cronológica, 2, 4, 33, 35, 59, 118
    critérios, 33, 34
    envelhecimento funcional, 29, 34
idades cronológica e psicológica, 34
idades cronológica e social, 34
idoso
    crescimento exponencial do número de, 3, 9, 30, 41, 42, 84
    desempenho intelectual, 58, 60-62, 72
    discriminação, 30, 54, 59, 62, 68
    ovariectomizado, 91
    padrões de comportamento, 72
    países do terceiro mundo, maioria dos, 39
    políticas para o, 54
    qualidade de vida, 3, 9, 10, 56, 134
    saúde do, 30, 121, 155-159
idoso e a família, 217-223
    cuidadores informais, 221
    elemento diagnóstico, 219-220
    elemento terapêutico, 220-221
    estruturas sociais, 218
idoso e cidadania, 817-822
    cidadania ativa, 821-822
    comportamentos dos excluídos, 821
    lógica da exclusão, 817-821
    reconhecimento dos direitos sociais no Brasil, 821
idoso em instituições, 743-757
    contatos com a família, 750
    direito ao "luto", 749-750
    entre a teoria e a prática, 746-748
    interação entre os residentes, 750-751
    modalidades de instituições, 745
    processo de internação, 749
    problema dos custos, 750
    recepção, 749
    rotina diária, 751
    vida sexual e afetiva, 751
idoso na comunidade, 403-413
    alfabetização, 406
    família, 407-410
    situação demográfica, 405-406
imobilidade, 567
    onocogrifoses, 568-569
    ortostatismo, 568
implementação da política do idoso no Brasil, 637-644
    Assembléia Mundial do Envelhecimento, 641-642
    Decreto nº 1948/96, 640
    Fórum de Valência, 642-643
    Lei nº 8842/94, 640
    Ministério da Previdência e Assistência Social, 638
    processo histórico, 637
imunidade, 90, 99, 118, 284
inapetência, 295, 296, 298, 764
incontinência, 220, 305, 754
Índice de Katz, 135, 136
infecção, 90
influências não-normativas, 62
influências normativas, 62
    modernização, 62
insônia psicofisiológica, 360
inspirômetro de incentivo, 580
instituições (clínicas e asilos), 205
Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), 190
interação droga-nutriente, 455-467
    fatores primários, 456
    fatores secundários, 456
    fatores terciários, 456-457
interdisciplinariedade em gerontologia, 149-162
    ensino e pesquisa, 161
interleucina 4, 90
internação, 347
interprofissionalidade, 152-153, 155, 156
    formação da equipe, 156-158
inversão edipiana, 275
isolamento social, 62

J

Jakobson, 268
Jantsch, Erich, 152
Johansen, 86
Jung, Carl Gustav, 63

K

Katz, escalas de, 127, 138
Kenney
    Primeira Classificação de, 109
    Segunda Classificação de, 110
Kühlen, 63, 65

L

Lacan, Jacques, 273
lazer, 248
    classificação das atividades de, 248
    dimensões do, 248
    funções do, 248
Legislação do SUS (Lei 8.080), 406-407
Lélia Abramo, 10

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Levinson, Daniel, 63-65
libido, 269, 281, 290
ligações cruzadas, 102
    enzima colagenase, 102
linfócito B, 99, 118
linfócito T, 90, 99, 118
lombalgia crônica, 296

M

Maimônides, 22
Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV), 302
manutenção da capacidade funcional, 565-567
masturbação, 261
maternidade, 70
maturação
    biológica, 59
    física, 59
maturidade, 85, 166
Mauss, Marcel, 151
Mc Adams, 70, 71
mecanismo de síntese protéica, 86, 88
medicina preventiva, 795-805
    controle do alcoolismo, 797
    controle do tabagismo, 797-798
    controle médico periódico, 795
    diagnóstico precoce de neoplasias, 800-801
    manutenção da capacidade cognitiva, 796
    manutenção do estado nutritivo, 797
    prevenção da osteoporose, 802-803
    prevenção das afecções mais freqüentes, 798
    prevenção de escaras, 804
    prevenção de infecções, 803
    prevenção de quedas, 803-804
medida de independência funcional (MIF), 127, 135, 137
medidas de segurança, 346
menarca, 59, 60
menopausa, 59, 60
metodologia científica em gerontologia, 881-900
    métodos estatísticos, 893
    noções básicas sobre, 884
    qualitativa, 886
    quantitativa, 889
    seleção de animais de laboratório para pesquisa, 883
    seleção de indivíduos para estudo, 882
métodos de inquérito alimentar, 419-420
mídia e o idoso, a, 823-828
    bons exemplos, 824
    publicidade, a, 827
miniexame do estado mental (Meem), 309
mioclono noturno, 360-361
modalidades de atenção, 123
modelo
    biomédico, 151
    da dependência aprendida, 169-170
    deficitário, 58
modelos teóricos de memória, 483-484
modificações genéticas, 101
morbimortalidade, 9, 40, 573, 633
mortalidade, 40, 41-47
    condições médico-sanitárias, 43
    estresse, 44
    infantil, 40, 94
    obesidade, 44
    queda, 9, 41, 50
    sedentarismo, 44
    tabagismo, 44
    taxa de, 39, 40, 122
    vacinação, 43
movimento regressivo, 259
Musca domestica, 97
músculo pubococcígeo, 286
mutações somáticas, 100

N

narcisismo, 259
nasofibroscopia funcional, 508
natureza ontogenética, 59, 60, 61
necessidade de sofrimento/autopunição, 735
necessidades humanas básicas, 398-399
nefrectomia, 9
Neugarten, 59
neurovegetativa, 281
nictúria, 361
níveis de hormônios sexuais, 261
níveis de interação, 240

O

odontologia geriátrica, 537-546
    alterações no sistema estomatognático, 538
    atendimento odontológico em domicílio, 545-546
    distúrbios orais, 538-539
    lesões, 539-540
onipotência infantil, 259
ontogênese, 162, 164
ONU, 164
oócitos, 282, 283
Organização Mundial de Saúde (OMS), 9, 30, 39, 54, 121, 126, 133, 146, 153
Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 121, 133

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

órgãos dos sentidos, 388
osteopenia, 117
osteoporose, 284, 289, 451, 452, 500, 569, 802, 803, 883
otimismo, 263

P

pacientes
    com obstipação, 446-447
    em estado terminal, 67
    terminais não-idosos, 71
pacto pela saúde 2006, 404
papel
    da gerontologia, 487
    do cuidador, 344-346
paradigma
    contextualista, 59, 60, 61
    de desenvolvimento (*life-span*), 60, 61, 66, 67, 73
    dialético, 61, 63, 66
    mecanicista, 57, 58
    organicista, 57, 59, 61, 63, 66
    pragmático, 72
    psicológico, 60
paralisia supranuclear progressiva, 304
parkinsonismo, 331, 334, 506
paroxetina, 298, 337
participação da família, 124-126
    agressividade, 125
    manutenção do equilíbrio, 125
    maus-tratos, 125, 146
    relação médico/paciente/familiares, 125
peculiaridades éticas em gerontologia, 861-868
    análise da lucidez do paciente, 867
    preservação da intimidade, 863
    preservação da vida, 862
    sigilo profissional, 865
    tratamentos alternativos, 868
perdas funcionais, 341
período refratário, 288
personalidade, 258
perspectiva do curso de vida, 83
perspectiva hermenêutica da Antropologia, 213
plano assistencial de enfermagem, 390
pliotropia, 166
pnemectomia unilateral, 8
pneumonia, 502, 509, 574, 803
Política de Saúde do Idoso, 404
Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), 715-716
ponto de vista psicanalítico, 269
ponto G (de Grafenberg), 286
população por grupo de idade no Brasil, 1950-2025, 657
possibilidade de dirigir, 346-347
presbiacusia, 388, 397, 488, 706
presbiopia, 388
prescrição
    da enfermagem, 412
    de medicamentos, 464
preservativos, 261
prevenção de incapacidades, 128
Primeira Guerra Mundial, 58
princípios de assistência, 393-401
    sistematização da assistência, 399-400
problemas pulmonares, 570-571
processo de degeneração, 88
processo de replicação, 89
processos patológicos, 85, 91
progesterona, 110, 282, 800
Programa de Atenção à Saúde, 160
Programa de Atenção Básica, 412
Programa do Treinamento de Cuidadores, 716
Programas da Terceira Idade, 243-251
programas de pré-aposentadoria (PPAs), 246
programas de reabilitação pulmonar, 581
progressos tecnológicos, 95
projeção do crescimento da população de 60 anos ou mais, (1950-2025), 659
projeções do IBGE, 244
prolapso do útero, 289
promoção da saúde, 128
proposta de Geertz, 213
próstata, 284, 291, 801, 802
prostatite crônica, 290
Prozac, 298
psicanálise, 256
psicodiagnóstico, 263
psicofarmacologia, 297
psicologia
    da criança, 57
    da velhice, 58
    do adolescente, 58
    do desenvolvimento, 58, 61
    do envelhecimento, 57, 63, 74
    social, 78
psicopatologia, 259
psicoses, 263
puberdade, 85, 106

Q

quarta idade, 163-173
queda fatal, 204
queixas somáticas, 262
questionário de avaliação mental, 308-309
questões legais e financeiras, 347
quimiorreceptores, 113, 115
quinase, 89, 431

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

R

radicais livre, 91, 96, 106, 117
"ranzinza", 258
reabilitação cardiorrespiratória, 583-599
alterações anatomofisiológicas, 585
arritmias induzidas no esforço, 594
avaliação pré-exercício, 587
benefícios do condicionamento físico, 598
débito cardíaco, 585
efeitos sistêmicos e benéficos do treinamento físico, 597-598
freqüência cardíaca (FC), 585
lactato sangüíneo, 585
metabolismo, 586
prescrição do exercício, 596
pressão arterial, 585
pressão sistólica, 585
princípio da especificidade, 588
princípio da reversibilidade, 588
princípio da sobrecarga, 588
princípios do teste de esforço no idoso, 589
protocolos de teste de esforço, 591
registro eletrocardiográfico, 591
resposta isquêmica intermediária, 594
resposta positiva ou isquêmica, 594
risco cardiovascular, 598
treinamento físico, 587
valor preditivo do teste de esforço, 590
reabilitação em geriatria, 601-608
avaliação para fins de, 603
recursos ortésicos, 606
terapêutica, 605
reabilitação fonoaudiológica, 509-510
reações paranóides, 262
recomendações nutricionais, 423-439
fisiologia da nutrição, 425-427
índice de massa corpórea (IMC), 427
ingestão dietética recomendada (RDA), 424
nível máximo de ingestão tolerável (UL), 424-425
vitaminas hidrossolúveis, 432-434
redes sociais na senescência, 771-780
mapa mínimo de relações, 774-779
refluxo gastro-esofageano, 361
relação fonoterapeuta/paciente, 513-519
papéis do paciente, 515-516
relógio biológico, 101-102
cromossomo 23, 101
mongolismo, 101
relógio social, 59
Renascimento, 23
rendimentos, 662-663
resistores inspiratórios e expiratórios, 580
revolução industrial, 10, 26, 40, 41, 43, 44
Riegel, 60
risco ambiental, fatores de, 47
ritmo biológico, 356-357
ruptura de regras discursivas, 484-485

S

saburra lingual, 539, 540, 544
saúde bucal, 521-536
abrasão, 525-526
aparelhos protéticos, 535
atrição dentária, 524-525
câncer bucal, 526-527
cárie e periodontopatias, 527-530
controle da placa bacteriana, 530-533
edentulismo, 523
exame clínico, 523
fluorterapia, 533-535
gengivite, 522
hiperplasia fibrosa inflamatória, 526
hiperplasia papilar inflamatória, 526
migração dentária, 522
principais afecções bucais, 523-524
úlceras traumáticas, 526
Saussure, 277
Segunda Guerra Mundial, 77, 185
self, 64, 66, 67, 71, 79, 165, 168
senescência, 5, 58, 89, 91, 108, 117
alterações fisiológicas, 36
conceito de, 108
senectude, distinção entre, 36
senilidade, 263, 284, 377, 538
sertralina, 298
serviço de assistência domiciliária, 683-694
características dos profissionais, 702-703
cuidados agudos, 686
cursos de formação, 692
formas de atendimento domiciliário, 685
importância do, 684-685
interdisciplinaridade no, 701-709
leis, 697
no setor suplementar, 695-700
serviço de voluntários, 692
tipos de cuidado, 685
serviço de geriatria, 27, 28
serviço social, 16
serviços de atenção à saúde do idoso, 671-681
atenção médico-social, 672-674
casa de repouso e asilo, 674
centro dia, 675
grupos comunitários, 675
hospital dia, 678

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

subsídio econômico e ajuda domiciliária, 674
serviços de saúde, 9, 12
gastos com, 12, 55
medidas tomadas com, 12-13
SESC, 236
SESC Gerações, 240
sexualidade, 255-265
ato sexual, 260
definição de, 279
fatores modeladores de, 279-280
impotência, 260
perda de peso dos testículos, 261
período reprodutivo, 260
significados dos alimentos, 470
síndrome
amnéstica, 306
da apnéia do sono, 360
da ardência bucal (SAB), 542
das pernas inquietas, 360
de Down, 328
de Hutchinson Gilford, 101
de Sjögren, 542
de Werner, 101
do ninho vazio, 236
síndromes ansioso-fóbicas, 259
sintomas depressivos, 62
sintomatologia, 294-296
sistema cardiocirculatório, 108
sistema colágeno, 107
sistema digestório, 389
sistema elástico, 107
aorta, 107
elaunínicas, 107
miocárdio ventricular, 107
oxitalância, 107
pulmão, 107
rugas, 107
sistema endócrino, 116
sistema imunitário, 99
sistema imunológico, 118
sistema linfático, 389
sistema músculo-esquelético, 388
sistema nervoso, 115
sistema neuroendócrino, 98
sistema respiratório, 389
Sistema Único de Saúde (SUS), 55, 178
Skinner, 58
sobreviventes de câncer, 72
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 27
Sociologia do Envelhecimento, 78
Primeira Geração, 78
Segunda Geração, 80, 82
Terceira Geração, 81, 83
sono do idoso, o, 351-368
arquitetura intrínseca do sono, 354-356
avaliação do, 362-363
modificações qualitativas e quantitativas, 352-354
polissonografia, 353
St. Aubin, 70
suicídio, 734

T

tabagismo, 285
Takazura, 113
técnicas de desobstrução brônquica, 578
máscara de EPAP, 579
oscilador oral de alta freqüência, 579
técnicas fisioterapêuticas respiratórias, 576
drenagem postural, 576-578
teoria da atividade, 79
Teoria Crítica, 82
teoria da dependência aprendida, 68-69
apatia, 68
barreiras arquitetônicas, 68
deterioração cognitiva, 68
inatividade, 68
instalação da, 69
interação medicamentosa (iatrogenia), 68
teoria da modernização, 79
teoria da seletividade sócio-emocional, 67-69, 170
teoria da subcultura, 80
teoria de Erikson, 63, 72
teoria de Freud, 58
teoria de Jung, 64
teoria de Piaget, 58
teoria do desengajamento, 79
teoria do equívoco, 99
teoria do marcapasso, 98
teoria estímulo-resposta, 58
teoria evolucionista de Darwin, 57, 58
teoria político-econômica do envelhecimento, 81
teoria SOC, 63
terapia ocupacional, 150, 180, 547-556
atuação do terapeuta ocupacional, 548-549
em enfermaria geriátrica, 551
em idosos demenciados, 553-554
em instituição de longa permanência, 551-552
reabilitação em terapia ocupacional, 549-550
terapia para a dor, 570
termorregulação, 96
teste do desenho do relógio, 127, 140, 142
testes de avaliação mental, 308
testes psicológicos, 129
testosterona, 281
timo, 6, 90, 99

trabalho e velhice, 662
trajetórias das políticas de saúde, 625-636
    saúde coletiva, 633
    saúde/doença, 632
    setor de saúde, 630
    teoria das arenas decisórias, 628
traqueostomia, 363, 504, 505
traumas, 259
treinamento vocal na presbifonia, 491
tricíclicos, 297-298
trissomia, 6, 23, 101
Troca, Teoria da, 81
tuberculose, 302, 625

U

úlceras pépticas, 361
UnATI, 666
urbanização e migração, 11, 41, 47
    mercado de trabalho, 11, 41, 60, 68

V

vaginismo, 289, 290
varicosidades linguais, 541
vasoconstrição generalizada, 289
velhice assexuada, 280-281
velhice saudável, 619
Velho Sábio, 64
vida
    sedentária, 281
    sexual ativa, 261
videofluoroscopia, 508
"vovozice" ou a "avosidade", 229
voyeurismo, 261
vulnerabilidade, 68, 85, 95, 122, 169

W

Warren, Marjory, 133
Watson, 58

W

Weismann, August, 88

X

xerostomia, 426, 457-458, 506, 507, 538, 542, 764

Z

zona erógena, 281

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte