ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE

NOVAS PERSPECTIVAS E DESAFIOS

ORGANIZADO POR
Luciana Araújo dos Reis
Luana Araújo dos Reis

TECHNOPOLITIK

Luciana Araújo dos Reis

Luana Araújo dos Reis
(Organizadoras)

ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE

novas perspectivas e desafios

Brasília

2019

ISBN: 978-85-92918-31-6

TECHNOPOLITIK

Technopolitik - Conselho Editorial
Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília
Antonio Nery Filho - Faculdade de Medicina/Universidade Federal da Bahia
Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe
Eroy Aparecida da Silva - Afip/Universidade Federal de São Paulo
Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás
Maria Alves Toledo Burns - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto
Maria Fátima Olivier Sudbrack – Universidade de Brasília
Maria Inês Gandolfo Conceição – Universidade de Brasília
Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília
Raquel Barros - ONG Lua Nova
Telmo Ronzani – Universidade Federal de Juiz de Fora

Revisão: Maurício Galinkin/Technopolitik
Projeto gráfico e diagramação: Maurício Galinkin/Technopolitik
Capa: Ars Ventura Imagem e Comunicação/Foto: depositphoto
Ficha catalográfica: elaboração Iza Antunes Araujo CRB1-079

E56 Envelhecimento e longevidade: novas perspectivas e desafios / Organização Luciana Araujo Reis, Luana Araujo Reis.--Brasília, DF : Technopolitik, 2019.
254 p. : Il.

Texto de vários autores.
Inclui bibliografia
eBook (PDF)

ISBN: 978-85-92918-31-6

1. Idosos. 2. Envelhecimento. 3. Longevidade. 4. Saúde e envelhecimento.
5. Cuidadores e idosos. I. Reis, Luciana Araujo (Org.). II. Reis, Luana Araujo (Org.).

CDU 612.67

© das organizadoras. É permitida a reprodução para fins didáticos, desde que citada a fonte

---

Maurício Galinkin/Technopolitik (MEI) – CNPJ 25.211.009/0001-72
Tel: (61) 98407-8262. Correio eletrônico: editor@technopolitik.com
Sítios eletrônicos na internet: http://www.technopolitik.com.br e http://www.technopolitik.com

Disponíveis, também, na Apple Store
https://itunes.apple.com/us/book/como-saber-do-que-fugimos/id1196037367?ls=1&mt=11;
https://itunes.apple.com/br/book/teoria-das-representacoes/id1143950654?mt=11;
https://itunes.apple.com/br/book/psicologia-clinica-e-cultura/id1146059071?mt=11;
https://itunes.apple.com/br/book/trends-in-behavior-analysis/id1143256280?mt=11;
https://itunes.apple.com/br/book/abramd-compartilhando-saberes/id1149610704?mt=11

Sumário

	Prefácio Margarida Abreu	iv
	Sobre Organizadoras, Autoras e Autores	vii
1	Aspectos éticos nas pesquisas científicas envolvendo idosos Anita de Oliveira Silva e Éder Ricardo de Moraes	13
2	Capacidade funcional e longevidade: aspectos epidemiológicos e clínicos Maykon dos Santos Marinho, Pollyanna Vianna Lima, Luana Araújo dos Reis e Luciana Araújo dos Reis	21
3	Modelo de atenção à saúde e envelhecimento: o desafio do viver mais Jussiara Barros de Oliveira e Luzia Wilma Santana da Silva	47
4	Suporte familiar e longevidade: uma reflexão acerca das relações familiares Jamília Brito Gomes, Renato Novaes Chaves, Alessandra Souza de Oliveira e Luciana Araújo dos Reis	72
5	Suporte social e longevidade: reflexões acerca das definições, tipos, redes de apoio e implicações Luana Araújo dos Reis, Elaine dos Santos Santana, Alessandra Souza de Oliveira e Luciana Araújo dos Reis	101
6	Relações de cuidado entre familiares cuidadores e idosos com dependência funcional Valeria Alves da Silva Nery e Luciana Araújo dos Reis	129
7	Religiosidade e espiritualidade na longevidade Luana Araújo dos Reis, Gabriela Requião Vaz de Almeida e Luciana Araújo dos Reis	161
8	Contexto e memórias do envelhecer com deficiência física Tatiane Dias Casimiro Valença e Luciana Araújo dos Reis	176
9	Avanços tecnológicos e seu alcance em idosos vulneráveis Maykon dos Santos Marinho, Pollyanna Vianna Lima, Luana Araújo dos Reis e Luciana Araújo dos Reis	209
10	Formação em saúde para uma compreensão ampliada do envelhecimento Marcos Henrique Fernandes, Thaís Alves Brito, Paloma Andrade Pinheiro, Ludmila Schettino e Rafael Pereira de Paula	237

Prefácio

Poucos fenômenos têm merecido tanto a atenção e preocupação do Homem em toda a sua história como o fenômeno do envelhecimento e da incapacidade funcional. Existem evidências antropológicas de que a duração máxima de vida humana não se tenha alterado substancialmente nos últimos 100 séculos. No entanto, os progressos conseguidos pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram para um aumento da esperança média de vida em cerca de 30 anos, ao longo do século XX.

O envelhecimento da população é considerado um dos maiores triunfos da humanidade. Na verdade, o aumento do número de pessoas idosas deve ser comemorado por dois motivos: as pessoas vivem por períodos mais longos e de forma mais saudável e são um recurso para as suas famílias e comunidades. No entanto, o envelhecimento da população constitui também uma fonte de preocupação: qual é a melhor forma de responder às legítimas demandas e necessidades do crescente número de pessoas idosas, pois essa evolução demográfica apresenta implicações estruturantes, em que a principal consequência se

registra na saúde. Em sociedades com reduzida taxa de natalidade, o envelhecimento progressivo da população também faz pensar nos problemas de sustentabilidade do próprio Estado Social.

A Organização Mundial da Saúde argumenta que 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. O envelhecimento ativo depende de uma variedade de determinantes que incluem o gênero, a cultura, os fatores econômicos, sociais, físicos, pessoais, comportamentais e os serviços sociais e de saúde.

Apesar de o envelhecimento ser um processo natural, com o avançar da idade aumenta a probabilidade do aparecimento de diversas patologias. Em todas as regiões do mundo, a maior causa de morbidade e mortalidade continuará a ser o aparecimento de doenças crônicas (por exemplo, doenças cardiovasculares, demências, cancro e diabetes). Essas doenças, que são consideradas, sobretudo, próprias da velhice, contribuem para o aparecimento de dificuldades nas atividades de vida diária, com interferência na independência e na autonomia das pessoas idosas. Estas tendem a necessitar de cuidados mais complexos e de longa duração.

Atualmente, por vários motivos, incentiva-se a permanência em casa das pessoas idosas dependentes, atribuindo-se à família a corresponsabilidade pela prestação de cuidados. A prestação de cuidados domiciliares a pessoas idosas com comprometimento funcional exige programas de orientação, informação e apoio de profissionais competentes na área da saúde da pessoa idosa e que

depende de uma rede social de apoio, nomeadamente, do suporte informal e familiar.

Diante do exposto, é importante a formação de recursos humanos capacitados para cuidar de pessoas idosas de uma forma holística. Vários estudos revelaram que o conhecimento sobre o processo de envelhecimento influenciava a manifestação de interesse para trabalhar com pessoas idosas e que os professores desempenhavam um papel particularmente importante nesse processo, uma vez que além de divulgarem o conhecimento também funcionavam como modelos. Recomenda-se, ainda, aumentar os conteúdos sobre o processo de envelhecimento nos currículos dos cursos.

Os autores desta obra, pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento Humano, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com formação em várias áreas do conhecimento, abordarão esses temas e outros diretamente relacionados a eles de forma profunda e, simultaneamente, prática, para que sirva de orientação e referência a todos os profissionais que se dedicam ao atendimento da pessoa idosa.

Esperamos que o livro "Envelhecimento e longevidade: novas perspectivas e desafios" incentive a compreensão do processo de envelhecimento humano, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa idosa.

Margarida Abreu
Doutora em enfermagem
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

SOBRE ORGANIZADORAS, AUTORAS E AUTORES

LUCIANA ARAÚJO DOS REIS

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Internacional de Curitiba (Facint). Especialista em Ativação de processos de mudança na formação de profissionais da saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN. Pós-doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Professora Doutora da Faculdade Independente do Nordeste (Fainor). Professora Titular do Curso de Fisioterapia da Uesb. Orientadora do Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Uesb.

LUANA ARAÚJO DOS REIS

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Ufba) com estágio de doutoramento sanduíche na Escola Superior de Enfermagem do Porto/Portugal (Esep), especialista em Metodologia do Ensino Superior e em Saúde do Idoso e Gerontologia. Docente da Faculdade Independente do Nordeste – Fainor. Avaliadora do Banco de Avaliadores do Sinaes – BASis / MEC. Líder do Gepapi (Grupo de

Estudos e Pesquisas em Atenção à Pessoa Idosa). Vice-Líder do Neppics (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) – Uesb. Integrante do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudo e Pesquisa na Terceira Idade – Uesb.

Alessandra Souza de Oliveira

Graduada em Enfermagem pela Unimar. Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade pela Uesb.

Anita de Oliveira Silva

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista pela Pós-graduação Latino-Americana em Biofísica. Mestra em Ciências Biológicas (Fisiologia e Biofísica) pela UFMG. Doutora em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela UFMG. Pós-doutora em Neurociências na Erasmus MC (Holanda).

Éder Ricardo de Moraes

Graduado em Fisioterapia pela Fundação Educacional de Caratinga. Mestre em Ciências Biológicas (Fisiologia e Farmacologia) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutor em Ciências Biológicas (Fisiologia e Farmacologia) pela UFMG. Doutor pela Latin American Postgraduate Program of Biophysics. Pós-Doutor pela University of Rochester, NY, EUA. Pós-Doutor pela Erasmus University, Rotterdam, Holanda.

ELAINE DOS SANTOS SANTANA

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Mestrado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade pela Uesb.

GABRIELA REQUIÃO VAZ DE ALMEIDA

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC). Especialista em Enfermagem e Oncologia pela Atualiza Pós-graduação.

JAMÍLIA BRITO GOMES

Graduada em Psicologia pela Faculdade Juvêncio Terra. Especialista em Terapia cognitivo-comportamental pela Bio Psiquê Pós-Graduação. Especialista em avaliação Psicológica pela Faculdade Arthur Thomas. Mestrado em andamento no Programa de Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb).

JUSSIARA BARROS DE OLIVEIRA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual da Bahia (Uneb). Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Mestra em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES-Uesb). Doutorado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGMLS-Uesb). Linha de Pesquisa: Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional.

LUDMILA SCHETTINO

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Iguaçu (Unig). Mestra em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb).

LUZIA WILMA SANTANA DA SILVA

Graduada em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-doutorado em Enfermagem - bolsa de estudos PDJ/CNPq, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

MAYKON DOS SANTOS MARINHO

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS), pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Doutorado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS-Uesb). Bolsista pela Capes.

MARCOS HENRIQUE FERNANDES

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Ativação de processos de mudança na formação de profissionais da saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Mestre em Ciências da Saúde pela UFRN. Doutor em Ciências da Saúde pela UFRN. Professor Titular

do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb).

PALOMA ANDRADE PINHEIRO

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Mestra em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela Uesb.

POLLYANNA VIANA LIMA

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste. Mestra em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS), pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Doutorado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS-Uesb), na linha de pesquisa Memória, Discursos e Narrativas, com Projeto Temático: Memória, Envelhecimento e Incapacidade Funcional.

RAFAEL PEREIRA DE PAULA

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Iguaçu (Unig). Mestre em Bioengenharia pelo Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento (Univap). Doutor em Engenharia Biomédica pelo Instituto de Engenharia Biomédica (Unicastelo). Docente Adjunto na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb).

RENATO NOVAES CHAVES

Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Ciências e Tecnologia (FTC). Especialista em Enfermagem e Saúde do Trabalhador. Mestrado em andamento no Programa de

Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb).

Tatiane Dias Cassimiro Valença

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Mestre em Enfermagem e Saúde pela Uesb. Doutorado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGM-Uesb), na linha de pesquisa Memória, Discursos e Narrativas, com Projeto Temático: Memória, Envelhecimento e Incapacidade Funcional.

Thais Alves Brito

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Mestra em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela Uesb. Docente Assistente do curso de Fisioterapia da Uesb.

Valéria Alves da Silva Nery

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Internacional de Curitiba (Facinter). Especialista em Formação Profissional na Área de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp-Fiocruz). Mestra em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES-Uesb). Doutorado em andamento no Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Uesb (PPGMLS-Uesb), Linha de Pesquisa: Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS ÉTICOS NAS PESQUISAS CIENTÍFICAS ENVOLVENDO IDOSOS

Anita de Oliveira Silva
Éder Ricardo de Moraes

Introdução

Ética é um conjunto de valores morais e princípios que norteiam a conduta humana na sociedade. A ética é construída por uma sociedade com base nos valores históricos e culturais (NOSELLA, 2008). A bioética, ramo da ética voltado às pesquisas em seres humanos, determina que pesquisas científicas, em decorrência das características individuais envolvendo seres humanos, apresentem alta complexidade nos campos psicológicos, sociais e comportamentais. As características de cada indivíduo participante de uma pesquisa devem ser, obrigatoriamente, levadas em consideração na execução do estudo científico pelos seus idealizadores e executores, com o objetivo principal de se evitar o constrangimento ou qualquer outro tipo de situação indesejável. Essa é uma verdade para todos os participantes de pesquisa, mas pode se tornar ainda mais evidente em pesquisas científicas envolvendo pessoas com idade maior que 60 anos, idade com a qual o indivíduo é considerado idoso pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002).

Pesquisas envolvendo os idosos e a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

A Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) abrange determinações para que estudos científicos sejam executados de forma a respeitar a vida humana e os preceitos éticos para a manutenção da dignidade e da integridade física e moral dos indivíduos participantes de pesquisas realizadas dentro do território nacional.

Quando os participantes da pesquisa são indivíduos maiores de 60 anos de idade, cuidados adicionais precisam ser adotados. A participação de idosos deve ser devidamente documentada, assegurando, assim, que os direitos desses indivíduos serão respeitados. Caso os idosos participantes de pesquisas apresentem déficits cognitivos ou de memória, o cuidado deve ser redobrado. Por esse motivo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deve ser elaborado pelos pesquisadores de forma a informar e esclarecer todos os detalhes do estudo em execução aos idosos e/ou seus responsáveis legais (CONEP/CNS/MS, 2015). O respeito à dignidade e à autonomia devem ser especialmente preservados, não bastando a autorização dos responsáveis se não houver a concordância do próprio idoso.

A abordagem dos riscos aos quais o participante da pesquisa se submete deve contemplar não somente o constrangimento que questionários e entrevistas podem causar, mas também é fundamental perceber se o estudo ao qual o idoso será submetido pode predispô-lo a riscos físicos que podem ser caracterizados por vertigens, síncopes (diminuição transitória do fluxo de sangue ao cérebro), tropeções ou mesmo quedas, que podem desenvolver lesões físicas transitórias ou até permanentes (ALMEIDA;

BRITES; TAKIZAWA, 2011). Não se pode deixar de ter em mente que o risco de quedas pode amedrontar os idosos, o que pode ter como consequência a restrição desses aos leitos ou cadeiras de rodas, tornando-os sedentários (PIMENTEL; SCHEICHER, 2009; ANTES et al., 2013). Não basta, contudo, prever esses riscos se não houver estratégias que os reduzam aos mínimos níveis possíveis. Esse deve ser o principal enfoque do item relacionado aos riscos (CONEP/CNS/MS, 2015).

Em relação aos benefícios, esses devem ser apresentados de forma que os idosos se sintam encorajados a participar da pesquisa. Por esse motivo, os benefícios devem fazer valer a pena a submissão aos riscos já determinados e previstos para a pesquisa em questão (CONEP/CNS/MS, 2015).

Os pesquisadores não devem se esquecer que, em grande parte das vezes, os idosos se comportam de acordo com os segmentos tradicionais e culturais nos quais estão há muitos anos inseridos. Em algumas situações, que para jovens não têm nenhuma repercussão, para os idosos podem soar como uma grande ofensa. Perguntas que tenham como objetivo identificar as características do comportamento afetivo-sexual dos idosos devem ser cuidadosamente elaboradas, sob a pena de causar grande constrangimento, tornando a situação embaraçosa até mesmo para o entrevistador. É fundamental zelar pelo respeito aos valores culturais, sociais, religiosos, morais e éticos, além dos hábitos e costumes praticados por um dado indivíduo ou comunidade (ALMEIDA et al., 2012).

Quando possível, os idosos devem ser poupados de serem submetidos à experimentação científica, principalmente aquelas nas quais os resultados não serão diretamente aplicados à

população estudada. Obviamente, quando a pesquisa precisar envolver os maiores de 60 anos de idade, essa condição deve ter sido cautelosamente delineada, de maneira prévia. Deve-se respeitar, principalmente, os idosos institucionalizados. Esses, apesar da ausência ou do distanciamento das próprias famílias, merecem todo o cuidado, pois podem estar fragilizados e com a sensação de estarem desprotegidos ou abandonados. Por esses motivos, até mesmo os dados obtidos por meio de entrevista ou de testes podem estar subestimados ou mesmo superestimados. Torna-se, assim, fundamental conhecer profundamente os parâmetros que se quer encontrar, para que a manipulação e as perguntas excessivas não perturbem ainda mais o idoso potencialmente fragilizado (SILVA et al., 2012).

Caso haja a necessidade de estratificar os idosos em grupo experimental e grupo controle para a verificação de efeito de um medicamento ou terapia, deve-se ter a certeza de que não há outra forma de realizar a pesquisa, principalmente se houver alguma vantagem terapêutica de um grupo sobre o outro. Assim, é fundamental realizar uma profunda e sistemática revisão da literatura para evitar a submissão dos idosos a riscos previamente conhecidos e já divulgados (CONEP/CNS/MS, 2015).

Em toda e qualquer pesquisa, a confidencialidade e a privacidade dos participantes devem ser cuidadosamente mantidas. Em condição especial encontram-se os idosos. Fatos e detalhes podem facilmente revelar a identidade desses participantes na descrição dos estudos científicos, principalmente naqueles casos em que suas patologias e/ou condições socioeconômicas podem afetá-los. Os pesquisadores devem fornecer todas as garantias de anonimato, incluindo a codificação das identidades pelo uso das iniciais dos nomes. No caso de os

dados estarem armazenados em arquivos eletrônicos, cuidado especial deve ser adotado no que tange à inserção de senha de acesso aos dados em questão.

No tocante à submissão de idosos com déficits cognitivos, intelectuais ou de memória às pesquisas científicas, esses indivíduos devem ser preteridos em relação aos participantes que gozam de desejáveis níveis de orientação e conhecimento. Idosos com os déficits supracitados devem ser submetidos às pesquisas científicas somente se essa característica específica for condição *sine qua non* para a realização do estudo. Quando o idoso não mais responder independentemente pelos seus atos, ao invés desse concordar em participar da pesquisa científica em questão e assinar o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o representante legal deverá concordar em permitir a participação do idoso preenchendo e assinando o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pessoas Juridicamente Incapazes, Analfabetos, Analfabetos Funcionais ou com Deficiência Auditiva, Visual ou Motora" (BRASIL, 2013). Ainda assim, os direitos desses idosos devem ser esclarecidos cuidadosamente aos seus representantes legais para dirimir quaisquer dúvidas.

Quando a pesquisa for conduzida dentro de instituições que proveem abrigo e cuidados aos idosos, é fundamental garantir o tratamento, a assistência e a orientação sobre as patologias e terapias disponíveis. Além disso, se houver alguma possibilidade de tratamento aos idosos institucionalizados, esse deve ser realizado com a finalidade de se minimizar a pena da institucionalização aos indivíduos maiores de 60 anos.

Considerações finais

O aumento da expectativa de vida da população, principalmente em países emergentes, como é o caso do Brasil, faz com que o interesse por pesquisas abordando a faixa etária na qual estão os idosos torne-se cada vez mais frequente. Essas pesquisas têm por objetivo não somente retratar o processo natural do envelhecimento, mas também estão interessadas em colaborar preventivamente para que a população envelheça com saúde, gozando dos mais elevados níveis de qualidade de vida.

Para que haja sucesso em pesquisas envolvendo participantes com idade superior aos 60 anos, torna-se fundamental o conhecimento aprofundado sobre essa população, seus hábitos, tradições, estilo de vida, entre outros fatores. Nesse contexto, é importante que essas pesquisas sejam desenvolvidas observando-se criteriosamente os preceitos éticos para a pesquisa científica com seres humanos. O grande volume de trabalhos científicos relacionados à vida e à saúde dos idosos têm naturalmente gerado, de maneira proporcional, pesquisas de grande qualidade e relevância para a comunidade acadêmico-científica e principalmente para os próprios idosos.

Considerando que os idosos podem estar em situações de vulnerabilidade física e mental, deve-se esperar que os pesquisadores sejam extremamente criteriosos e auspiciosos. Estratégias de pesquisa específicas devem ser adotadas a fim de preservar a integridade física, mental e intelectual dessa população, além do respeito à sua dignidade. Pensar em ética no estudo com idosos é pensar em atenção, cuidado e gentileza no trato com essa parcela da população. É preciso ter em mente a prevenção de acidentes físicos e questões simples e objetivas para o

rápido e fácil atendimento. Também é necessário pensar em evitar possíveis constrangimentos. Deve-se ressaltar que os idosos representam uma inesgotável fonte de pesquisa, mas deve-se sempre ter em mente que o mais importante é cercar os indivíduos dessa faixa etária com o que há de mais precioso: o respeito à sua experiência de vida e à sua dignidade como ser humano!

Referências

ALMEIDA, L. P.; BRITES, M. F.; TAKIZAWA, M. G. M. H. Quedas em idosos: fatores de risco. **RBCEH**, v. 8, n. 3, p. 384-391, 2011.

ALMEIDA, S. T.; SOLDERA, C. L. C.; CARLI, G. A.; GOMES, I.; RESENDE, T. L. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos**. Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 427-433, 2012.

ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; BENEDETTI, T. R. B.; D'ORSI, E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 758-768, 2013.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Poder Executivo, Seção 1, p. 59, 13 de junho de 2013.

CONEP/CNS/MS. **Manual de orientação**: pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica. Manuais da Plataforma Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Versão 1.0, 2015. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>. Acesso em: 14 set. 2015.

NOSELLA, P. Ética e pesquisa. **Educ. Soc.**, v. 29, n.102, p. 255-273, 2008.

PIMENTEL, R. M.; SCHEICHER, M. E. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 6-10, 2009.

SILVA, E. R.; SOUSA, A. R. P.; FERREIRA, L. B.; PEIXOTO, H. M**.** Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 46 n. 6, p.1387-93, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Active Ageing – A Police Framework. **A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging.** Madrid, Spain, Apr. 2002.

CAPÍTULO 2

CAPACIDADE FUNCIONAL E LONGEVIDADE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

Maykon dos Santos Marinho
Pollyanna Vianna Lima
Luana Araújo dos Reis
Luciana Araújo dos Reis

Introdução

O aumento da longevidade é um fenômeno mundial, e a faixa etária mais crescente no mundo é a de indivíduos com 80 anos ou mais. Essa parcela populacional pode ser denominada como idosos muito idosos, idosos mais idosos, idosos mais velhos e idosos longevos (idade igual ou superior a 80 anos), além de octogenários, nonagenários e centenários, esses últimos quando faz referência à década de vida em que o idoso se encontra.

Observa-se no Brasil, que a proporção da população "muito idosa", ou seja, a de 80 anos ou mais, no total da população brasileira, está aumentando em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 170,7 mil pessoas em 1940, o contingente "mais idoso" passou para 2,9 milhões em 2010. Representava 14,3% da população idosa em 2010 e 1,5% da população total. Dada a contínua redução da mortalidade, especialmente nas idades avançadas, espera-se que esse

contingente alcance, em 2040, o total de 13,7 milhões, o que significa 6,7% da população total e 24,6% da população idosa (CAMARANO; KANSO, 2009).

Esse aumento populacional no número de idosos provoca alterações na sociedade e no sistema de saúde, uma vez que os idosos longevos apresentam características e necessidades diferentes, como uma maior frequência de doenças crônicas, vulnerabilidade a efeitos adversos de tratamentos e a doenças, maior risco para quedas, incontinência, dificuldades para locomoção, sedentarismo, solidão, diminuição do convívio com familiares e amigos e tendência ao isolamento. Além disso, tanto os idosos quanto a sociedade não estão preparados para as mudanças decorrentes do envelhecimento.

O aumento da longevidade torna o idoso propenso ao acometimento por doenças crônico-degenerativas e às sequelas delas decorrentes, comprometendo, assim, a qualidade de vida dessa população. A cronicidade das doenças em idosos longevos e suas complicações podem causar o comprometimento da sua capacidade funcional, levando à dependência e isolamento social. No Brasil, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados a essa população, aumentando a possibilidade de desenvolver incapacidades associadas ao envelhecimento. As incapacidades comprometem a independência do idoso, impedindo o seu próprio cuidado e, como consequência, aumento da carga de cuidados para a família e também para o sistema de atenção à saúde (VERAS, 2009).

A capacidade funcional refere-se à condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. Sua perda está associada ao maior risco de institucionalização e de quedas e, em alguns estudos com longevos,

foi considerada um fator de risco independente para mortalidade (NYBO, 2003; VER-EZRA; SHMOTKIN, 2006). O comprometimento da capacidade funcional leva à necessidade de cuidados de longa permanência e alto custo prestados por terceiros, na maioria das vezes esses cuidados são prestados pela família, o que provoca alterações na dinâmica familiar.

A cada ano, cerca de 10% da população adulta a partir dos 75 anos perde a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, como banhar-se, vestir-se, alimentar-se e cuidar da higiene pessoal, o que, na prática, impossibilita que esse indivíduo resida ou permaneça em sua residência sozinho (MARRA et al., 2007). É imprescindível que, na prestação de cuidados aos idosos, a família esteja devidamente orientada sobre a importância do estímulo do idoso para atividades da vida diária, uma vez que, frequentemente, a imobilidade na terceira idade é incentivada pela família que considera a velhice como um tempo de descanso (MARRA et al., 2007).

Inúmeros estudos têm demonstrado associação entre o aumento da idade e a maior chance de dependência funcional (RASO, 2002; ISHIZAKI et al., 2004; MACIEL; GUERRA, 2007; MURABITO et al., 2008), como também a alta prevalência de incapacidade funcional ou capacidade funcional limitada na população idosa (FIEDLER; PERES, 2008; MACIEL; GUERRA, 2008). Essas pesquisas destacam que os anos a mais adquiridos devem ser acompanhados de qualidade de vida e isentos de um alto custo de dependência, uma vez que a dependência funcional torna o idoso propenso a dependência cognitiva e a perda da autonomia, debilitando-o, consequentemente a sua saúde estará comprometida, predispondo-o ao acometimento por outras patologias e pelas sequelas delas decorrentes.

O comprometimento da capacidade funcional em idosos longevos leva a uma diminuição das condições de saúde e ao aumento na procura por serviços de saúde, dessa forma, cresce a demanda por cuidados especializados, que muitas vezes não são disponibilizados pelo sistema de saúde. Assim, esses cuidados são oferecidos pela família do próprio idoso, tornando-se uma tarefa árdua em virtude do desconhecimento de como cuidar e das modificações necessárias que ocorrem no âmbito e na dinâmica familiar.

Muitas dessas famílias não estão preparadas para assistir de maneira adequada às necessidades de saúde e doença do idoso dependente, seja por falta de conhecimentos específicos, falta de recursos financeiros, falta de infraestrutura ou de disponibilidade de tempo.

Nessa perspectiva de envelhecimento populacional acelerado, a longevidade, além de propiciar a ocorrência das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, também tem feito com que os indivíduos tenham a possibilidade aumentada de desenvolver doenças crônico-degenerativas, com provável instalação de incapacidades. Mais do que uma simples mudança nos pesos relativos dos vários subgrupos no total populacional, esse processo traz mudanças expressivas no curso da vida das pessoas, redefinindo relações de gênero, arranjos e responsabilidades familiares e alterando o perfil e as demandas de políticas públicas.

Epidemiologia e comprometimento da capacidade funcional em longevos

O processo de envelhecimento, independente dos fatores étnicos, sociais e culturais inerentes a cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por

doenças crônicas não transmissíveis que podem provocar alterações na capacidade funcional, que são acentuadas com o aumento da idade. Esse processo é marcado por um decréscimo das capacidades motoras, redução da força e da flexibilidade dificultando a realização das atividades diárias e a manutenção de um estilo de vida saudável. As alterações fisiológicas de perda da capacidade funcional ocorrem durante o envelhecimento e são acentuadas em idades mais avançadas, comprometendo a saúde e a qualidade de vida do idoso.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que modificam progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível a agressões. Percebe-se que nas mudanças relacionadas à idade está a presença de fatores de risco, como a ocorrência de doenças crônico-degenerativas e de dor crônica, que determinam, para o idoso, certo grau de dependência, o que está diretamente relacionado à perda da autonomia e à dificuldade de realizar as atividades básicas da vida diária, interferindo, assim, na sua qualidade de vida.

Alguns estudos internacionais avaliam a relação da capacidade funcional dos idosos com a idade dos participantes. Entre eles, está uma investigação (FEMIA; ZARIT; JOHANSSON, 2001) realizada com 203 idosos longevos suecos, que objetivou identificar os problemas de saúde físicos e funcionais dos idosos e sua relação entre as atividades de vida diária. Como resultado, o estudo demonstrou que 36% desses idosos longevos possuíam dificuldade na realização de, pelo menos, uma das atividades da vida diária (FEMIA; ZARIT; JOHANSSON, 2001). Outro estudo (YI; VAUPEL, 2002), realizado com 8.805 idosos chineses na faixa etária entre 80 e 105 anos, observou que os idosos oriundos da zona rural possuem níveis de atividade de vida

diária maiores do que aqueles residentes na zona urbana, podendo ser considerados idosos mais ativos.

Um trabalho realizado em 2001, no município de Santa Cruz, RN, teve como sujeitos 310 idosos, com 60 anos de idade ou mais, cadastrados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Como resultados, 26,8% possuíam alterações cognitivas e a maioria dos idosos (86,8%) era independente para a realização das atividades básicas de vida diária. Transcorridos 53 meses, um total de 293 registros foi localizado. Desses, 60 faleceram, restando apenas 233 sujeitos, que foram reavaliados. Os resultados mostraram que, dos idosos vivos, a maioria (86,2%) continuava independente e, dos idosos que faleceram, 62,5% eram dependentes (MACIEL; GUERRA, 2007, 2008).

Um estudo realizado no Município de São Paulo, SP, objetivou apresentar os resultados obtidos no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), referentes ao desempenho funcional dos idosos (n=2143) com declínio cognitivo. Os resultados mostraram que 61,3% dos idosos com declínio cognitivo não tinham dificuldades para realizar as atividades básicas da vida diária, 22,7% apresentaram dificuldades em uma ou duas atividades e 16%, em três ou mais. Em relação aos idosos sem declínio cognitivo, 81,4% não apresentaram dificuldades na realização das atividades básicas da vida diária, 13,3% tinham dificuldades em uma ou duas atividades e 5,2%, em três ou mais. Houve maior dificuldade no desempenho de atividades instrumentais da vida diária, destacando-se a maior prevalência aos que apresentaram três ou mais dificuldades (86,2%). Os autores concluíram que há um maior comprometimento funcional entre os idosos com alterações cognitivas. Afirmam também que os déficits causados pelas alterações cognitivas levam à diminuição

da capacidade funcional, com diminuição ou perdas das habilidades para o desenvolvimento das atividades cotidianas, interferindo na realização das atividades da vida diária (OLIVEIRA et al., 2007).

Uma pesquisa realizada em Minas Gerais objetivou comparar o desempenho de idosos com diferentes níveis de gravidade de demência em questionários de atividades básicas e instrumentais do cotidiano. Os sujeitos do estudo foram 90 idosos com diagnóstico clínico de demência, atendidos no Centro de Referência do Idoso (MG). Os resultados mostraram que os idosos apresentaram dependência funcional significativamente maior à medida que o processo demencial acentuava-se (MARRA et al., 2007).

Dados semelhantes foram encontrados na literatura, que constatou que o declínio funcional aumenta com a idade (MARCIEL; GUERRA, 2007). Participaram de um estudo realizado em Santa Catarina 345 indivíduos com 60 anos de idade ou mais. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a escala de autoavaliação proposta por Rikli e Jones, a fim de verificar a capacidade funcional desses idosos. Os resultados mostraram que 62,9% dos idosos apresentaram capacidade funcional adequada e 37,1%, capacidade funcional inadequada. Em relação à idade, a porcentagem de idosos dependentes aumentou nos grupos de idades mais avançadas (FIEDLER; PERES, 2008).

Conforme os estudos apresentados acima, fica evidente que o aumento da idade torna o idoso propenso ao comprometimento da capacidade funcional, pois a perda dessa capacidade está associada à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas e morte delas resultantes, e problemas de mobilidade, que trazem complicações

ao longo do tempo e geram cuidados de longa permanência e alto custo. Nessa perspectiva, a manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas da vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível de independência, com isso, os idosos mantêm a sua capacidade funcional e a qualidade de vida.

A conservação da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, pois está relacionada à capacidade de ocuparem-se em desenvolver atividades cotidianas e/ou atividades agradáveis. Portanto, é importante planejar programas específicos de intervenção para a manutenção e para a recuperação da funcionalidade. No planejamento de novas formas de prevenção e tratamento, dentro de uma abordagem multidisciplinar, a Fisioterapia desempenharia um relevante papel, por meio da implantação e implementação de programas de intervenção fisioterapêuticas, tanto de cunho preventivo como reabilitativo, que objetivam uma maior independência e autonomia, fatores determinantes de uma boa saúde e qualidade de vida para essa população.

O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico da vida do idoso é, pois, para o profissional de saúde, um elemento indispensável em sua vida diária. O desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliar à saúde do idoso impõe-se como indispensável, em todos os níveis sociais, seja por suas características de respeito à individualidade e a privacidade do idoso, seja pela possibilidade de minimizar o estresse inerente à atenção à saúde, dessa forma, aumenta a possibilidade de aceitação dos cuidados e, consequentemente, a eficiência dos procedimentos, pela notável redução dos recursos materiais destinados a cada idoso.

Repercussões do comprometimento da capacidade funcional em idosos longevos

O comprometimento da capacidade funcional do idoso repercute em implicações relevantes para a família, para a sociedade, para os sistemas de saúde, principalmente o público, e para a saúde do próprio indivíduo, pois a incapacidade gera maior vulnerabilidade e dependência nessa fase da vida, contribuindo de forma negativa para o declínio do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Portanto, o aumento da dependência provoca nos idosos, sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação, medo e necessidade de adaptação a um novo estilo de vida. Adaptar-se à situação de incapacidade é algo difícil, pois a forma com que o idoso passa a viver muda muito (SANTOS; RAMOS, 2005).

A dependência funcional provoca alterações nas atividades rotineiras do idoso, deixando-o com a mobilidade reduzida na execução de suas atividades diárias, e, à medida que o comprometimento da capacidade funcional se acentua, alterações musculares, ósseas e articulares acontecem, como a rigidez muscular, contratura muscular, redução de massa óssea, atrofia muscular e, consequentemente, ocorre a instalação de deformidades ósseas e musculares.

Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande, conduzindo o idoso à perda da independência e da autonomia, comprometendo a qualidade de vida, levando-o a incapacidade funcional e a necessidade de cuidados prestados por terceiros. Esses cuidados, no Brasil, são prestados pelas famílias ou por instituições de longa permanência de ordem religiosa ou filantrópica, uma vez que nem

as famílias e nem a sociedade em geral estão preparadas para assistir uma demanda populacional em crescimento.

As famílias desses idosos, na maioria dos casos, não estão preparadas para atender de maneira adequada às necessidades de saúde e doença do idoso e, dessa forma, acabam por contribuir para o declínio da saúde dos idosos, comprometendo, assim, ainda mais a capacidade funcional, o que torna o idoso mais dependente.

A dependência de um familiar já idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados. A evolução dessa dependência pode modificar-se ou até ser prevenida se houver um ambiente com assistência adequada, constituindo uma das soluções do problema representado pelo envelhecimento dependente, o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, por meio do estabelecimento de programas que atendam ao idoso e sua família.

O aparecimento da dependência no idoso e a consequente necessidade de um cuidador provocam uma reestruturação familiar e uma redefinição de papéis, o que pode ocasionar, por exemplo, em alterações na rotina e na dinâmica familiar. O processo de adaptação a essa nova realidade pode, por um lado, não se tornar complicado quando há uma boa relação entre cuidador familiar e idoso dependente, podendo ocorrer um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Por outro, grandes dificuldades podem ser geradas quando o histórico familiar é construído com base em crises e conflitos, tornando o cuidado inadequado e penoso para o cuidador.

O aumento do número de idosos na população ocasionou mudanças socioeconômicas e culturais relevantes. Na sociedade

moderna, muitas famílias não apresentam condições de cuidar de seus idosos, aumentando a procura pelas Instituições de Longa Permanência. Estudos mostram que a dependência crescente que os idosos apresentam para realizar atividades rotineiras, o despreparo da maioria das famílias para cuidar de seus idosos, o elevado número de doenças e de medicamentos utilizados, aliados à baixa renda familiar, estão entre as causas de institucionalização.

Essas instituições de longa permanência são geralmente locais inapropriados e inadequados às necessidades do idoso, que dificultam as relações interpessoais indispensáveis para a vida e para a construção da cidadania do idoso. Além disso, tendem a promover seu isolamento, sua inatividade física e mental, tendo, dessa forma, consequências negativas para sua saúde e comprometem ainda mais a capacidade funcional. A dependência do idoso, ao tornar-se mais vulnerável ao acometimento por diversas patologias, acaba por sobrecarregar o sistema de saúde pública, uma vez que esses idosos irão necessitar de internamentos hospitalares constantes, de uso prolongado de vários medicamentos, de assistência domiciliar e de uso frequente da atenção básica. Todos esses gastos provocam impactos sociais e econômicos importantes, pois essa situação traz consequências na estrutura em que os idosos estão inseridos: família, mercado de trabalho, política econômica, organização e metas dos serviços de saúde e sociais.

A dificuldade econômica é uma preocupação para muitas pessoas nessa faixa etária, uma vez que, para muitos idosos ter condições financeiras para adquirir o que necessitam, sem depender dos outros, e vivenciar uma velhice tranquila em função dessas condições, é sinônimo de manutenção da autonomia e qualidade de vida (PASKULIN et al., 2010). Nesse período da vida, o idoso com comprometimento da capacidade funcional

necessita de uma assistência constante, o que faz gerar gastos crescentes, justificados pelas despesas com hospitais, transporte, medicação, equipamentos, entre outros. Devido aos baixos valores dos benefícios previdenciários recebidos por essas pessoas, como a aposentadoria, pensão ou benefício de auxílio-doença, muitas vezes elas não conseguem arcar com todos os custos relacionados à manutenção da sua saúde (CALDAS, 2003).

Quanto às políticas públicas de saúde, estudos têm demonstrado a importância de que os serviços foquem na prevenção e no tratamento das doenças crônicas que afetam as pessoas idosas. Isso exigirá a transformação do paradigma hegemônico na medicina hoje, dominado pela biologia, para um modelo socioambiental, que considere as doenças com base em uma perspectiva mais abrangente, analisando também os aspectos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos no perfil de saúde das pessoas idosas (BATISTA, 2004).

Em geral, os atuais serviços de saúde podem ser avaliados como inadequados para viabilizar os cuidados prolongados de que as pessoas muito idosas podem precisar. O mesmo vale para os serviços sociais no âmbito dos cuidados com os idosos, em geral voltados para a institucionalização e se mostram insuficientes para atender às necessidades dessa população.

Nesse sentido, o aumento da longevidade impõe um desafio às políticas públicas de saúde. É necessário fazer frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e as neurodegenerativas, e a uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental. Assim, é preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de

alto risco de comprometimento da capacidade funcional e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional. Ações que tenham um significado prático para os profissionais, atuando no nível primário de atenção à saúde e que tenham uma relação de custo-benefício aceitável para os administradores dos parcos recursos destinados à área da saúde.

Portanto, medidas de intervenção para identificar causas tratáveis e evitar o comprometimento da capacidade funcional torna-se prioridade do sistema de saúde, dentro de uma perspectiva de reestruturação programática realmente sintonizada com a saúde e o bem-estar da crescente população de longevos. O objetivo principal do sistema deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso longevo, mantendo-o na comunidade pelo maior tempo possível, gozando ao máximo sua independência.

Prevenção e formas de tratamento do comprometimento da capacidade funcional em longevos

A preocupação em relação à capacidade funcional vem emergindo com destaque no campo da geriatria e gerontologia, pelo fato de que a dependência funcional tende a se tornar um problema de saúde pública (CALDAS, 2003). Entre os problemas característicos desse período de vida, as doenças crônico-degenerativas têm sido objeto de inúmeros estudos, pois podem levar ao comprometimento da capacidade funcional, prejudicando, assim, a qualidade de vida dos idosos e provocando gastos exorbitantes ao sistema de saúde.

Dessa forma, faz emergir a necessidade de buscar meios que favoreçam a manutenção e a melhoria da capacidade funcional

em idosos longevos, ajudando-os a manter a independência e a autonomia na comunidade. Assim, as ações de prevenção e promoção da saúde, que incluem medidas referentes às doenças crônicas e aos aspectos do bem-estar social e cultural, são fundamentais tanto para os idosos com capacidade funcional preservada quanto para aqueles que já apresentam incapacidade (BRITO; LITVOC, 2004). Assim, a prática de atividade física é imprescindível na atenção primária ao idoso, uma vez que auxilia tanto na prevenção das doenças causadas pelo envelhecimento quanto na promoção da sua independência e qualidade de vida, preservando as funções motoras, retardando a instalação das possíveis incapacidades próprias do processo do envelhecimento e tratando de dificuldades, alterações e sintomas que já tenham atingido o seu organismo.

Para tanto, é necessário que os idosos e a sociedade em geral sejam alertados sobre o quanto a prática de atividade física é importante para minimizar as consequências das alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, pois contribuem para a independência e a autonomia do idoso na realização de suas atividades de vida diária (AVDs) e melhoram a sua qualidade de vida. Portanto, se houver essa conscientização, crescerá cada vez mais o número de idosos saudáveis, os quais reduzirão o uso de medicamentos, as internações e, até mesmo, as consultas médicas por causa de dores e desconfortos. Os familiares também terão mais tranquilidade e confiança quanto à saúde e independência deles.

Estudos realizados por Leveille et al. (1999) evidenciaram que o comprometimento da capacidade funcional na velhice está relacionado a causas múltiplas, que envolvem uma combinação de envelhecimento biológico, doenças e certos padrões de estilo de vida, como baixos níveis de atividade física. O nível reduzido de atividade

física e o número crescente de doenças crônicas, que geralmente acompanham o envelhecimento, frequentemente, criam um ciclo vicioso: doenças e incapacidades reduzem o nível de atividade física, o que, por sua vez, tem efeito negativo na capacidade funcional, aumentando as incapacidades decorrentes das doenças.

A literatura tem demonstrado (LEE et al., 2007; CARVALHO et al., 2008) a influência do desuso na diminuição da capacidade funcional (CARVALHO et al., 2008). O estudo confirma os efeitos negativos do sedentarismo na funcionalidade. O sedentarismo tem influência decisiva no comprometimento da capacidade funcional (REBELATTO et al., 2006), na morbidade e na mortalidade por doenças crônicas (CAMARANO et al., 2009).

Desse modo, a prática de atividade física promove, além da prevenção, a reabilitação da saúde do idoso, pois acrescentam melhoras na aptidão física, e consequentemente, facilita a manutenção de bons níveis de independência e autonomia para as atividades da vida diária (SIMÃO, 2004). Quanto mais ativo é o idoso, menos limitações ele tem, assim, a prática de atividade física torna-se um fator de proteção funcional não só na velhice, mas em todas as idades (NOVAIS et al., 2005). Um estudo realizado por Borges e Moreira (2009) apontou a influência da prática regular de atividade física nos níveis de autonomia para o desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária/AVDs e Atividades Instrumentais de Vida Diária/AIVDs durante o processo de envelhecimento. Os resultados mostraram que idosos ativos apresentavam bons níveis de autonomia para o desempenho de suas atividades cotidianas quando comparado a idosos sedentários. Observou-se também que mesmo existindo declínio da capacidade funcional entre os idosos ativos, essa redução ocorre de forma mais lenta e menos intensa. Os dados sugerem que um estilo de vida

ativo pode retardar os impactos associados ao envelhecimento, mantendo assim os idosos independentes para a realização das tarefas cotidianas por mais tempo.

Em estudo semelhante, Carmo, Mendes e Brito (2008) compararam o grau de capacidade funcional entre idosas fisicamente ativas e idosas saudáveis sedentárias em suas AVDs, por meio da utilização de um protocolo de testes para avaliar sua autonomia funcional. Novamente, os resultados do estudo apontaram que os idosos, quando fisicamente ativos, tendem a apresentar maior grau de autonomia funcional em relação a idosos sedentários.

As atividades aeróbicas também são muito benéficas para prevenção da maioria das doenças crônicas. Caminhadas, ciclismo, atividades aquáticas, como hidroginástica ou natação, têm sido sugeridas e incentivadas pelos profissionais que atuam com envelhecimento e idosos; além de ser muito apreciada pelos idosos, a caminhada é uma atividade aeróbica de baixo custo e pouca complexidade.

Uma pesquisa realizada por Camarano et al. (2009) investigou comparativamente a contribuição de dois programas de treinamento na manutenção da prática de atividade física para idosos; um grupo participou de exercícios gerais, enquanto o outro participou de um programa de caminhadas, ambos duas vezes por semana durante uma hora cada dia, por 16 semanas. Após um ano de interrupção, os participantes da pesquisa foram entrevistados a respeito dos fatores relacionados ao abandono ou permanência na atividade anteriormente sugerida. Além dos questionários, foram utilizados testes para avaliação do desempenho funcional. Utilizaram-se testes gerais de desempenho

físico, observação fotográfica de postura e marcha, além da análise de dados antropométricos. Concluiu-se que a prática foi benéfica para a aptidão física e para a manutenção da capacidade funcional dos idosos, independente da modalidade.

No entanto, muito idosos têm dificuldades para realizar exercícios aeróbicos, até mesmo os suaves, como caminhar. Dor articular, vertigem, falta de equilíbrio e dispneia podem ser os fatores limitantes, ou alterações osteoarticulares, como no caso de fadiga, por exemplo, ou outra patologia que a contraindique ou provoque dores ou desconfortos. Nesses casos, outras atividades podem ser propostas, como as atividades aquáticas, hidroginástica, hidroterapia ou natação.

As propriedades físicas da imersão em água e os benefícios da hidroterapia têm sido exaltados desde a antiguidade, com o objetivo de sua utilização terapêutica em doenças ortopédicas neurológicas e reumáticas. O ambiente aquático tem demonstrado segurança para atividades voltadas para a prevenção e para a reabilitação de idosos com comprometimento da capacidade funcional.

Um estudo realizado no município de São Paulo, SP, comparou um grupo de hidroterapia com um grupo controle. Os autores relataram que o grupo de hidroterapia aumentou o equilíbrio quando comparado com o grupo controle (BRUNI; GRANADO; PRADO, 2008). E na pesquisa de Resende et al. (2008), somente o grupo de intervenção foi avaliado, demonstrando resultados altamente significativos quanto ao aumento do equilíbrio e redução do risco de quedas em idosas após a hidroterapia. Portanto, é importante salientar que, além dos benefícios funcionais, a atividade aquática também influencia o lado psicossocial, oferecendo um ambiente relaxante, que permite,

ainda, um melhor convívio social, que, muitas vezes, vai se perdendo com o avançar da idade (MANIDI; MICHEL, 2001).

Tendo em vista que as incapacidades funcionais têm como causa primordial o enfraquecimento muscular, exercícios que promovam o aumento na força são imprescindíveis para a manutenção da independência dos idosos longevos. Os exercícios de força trazem benefícios gerais para saúde do idoso, ou seja, aumentam a massa óssea (DIAS et al., 2006), melhoram a flexibilidade, e impedem a atrofia muscular.

No passado, recomendava-se treinamento com cargas de baixa intensidade para os idosos. Mas, atualmente, inúmeros estudos mostram resultados significativos de treinamento de força (HERWOOD; TAAFFE, 2005; TEIXEIRA-SALMELA et al., 2005; DIAS et al., 2006), inclusive de alta intensidade, no aumento da força muscular e hipertrofia para idosos, mesmo em faixas etárias avançadas (HENWOOD; TAAFFE, 2005; REBELATTO et al., 2006).

Um estudo internacional verificou o ganho de vigor físico após um treinamento de força de participantes com idades muito avançadas (85 a 97 anos). Realizou-se um treinamento de resistência progressivo por 12 semanas e constatou que a força máxima do músculo treinado aumentou 107%, assim, foi possível afirmar que, mesmo em indivíduos muito idosos, há respostas positivas quanto ao aumento na força pós-treinamento (HARRIDGE; KRYGER; STENSGAARD, 1999). Outras pesquisas verificaram que o aumento na flexibilidade e na força promove melhora na capacidade funcional de idosos (BATISTA, 2004).

É consenso na literatura que a prática de atividade física traz diversos benefícios para os idosos e, portanto, deve ser estimulado e

disseminado. O envelhecimento é um processo impossível de ser evitado, porém as perdas provenientes dele podem ser significativamente desaceleradas, proporcionando, assim, uma vida muito mais digna para os idosos. Para tanto, é importante saber avaliar o nível de condicionamento físico do idoso e respeitar suas limitações, pois as alterações morfológicas e funcionais que acontecem nessa fase da vida requerem atenção especial, por isso recomenda-se que a prescrição de exercícios deve ser de forma individualizada.

Portanto, a manutenção da capacidade funcional é, em essência, uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educador físico, psicólogos e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade. Os profissionais de saúde devem buscar incentivar os idosos a praticarem alguma atividade física, conscientizando-os sobre os benefícios para a manutenção da independência, autonomia, bem-estar físico e emocional, e orientar não só o idoso, mas também sua família a adotar um estilo de vida saudável, e, dessa forma, contribuir para o acesso e a obtenção de uma qualidade de vida que se sobreponha às incapacidades e aos limites aduzidos com a idade.

Considerações finais

As mudanças demográfica e epidemiológica pela qual o Brasil está passando tem como consequências o aumento da população longeva, na atualidade, e, de forma significativa, nos próximos anos. O envelhecimento populacional repercute em diversos setores da sociedade e exige mudanças e adaptações à nova conformação demográfica do país. E isso implica na compreensão e no atendimento da demanda da população idosa sobre um novo

olhar, baseado na integralidade do cuidado e com ênfase na prevenção e promoção da saúde.

Com o aumento da longevidade é mister desenvolver meios para melhor atender às dificuldades advindas do crescimento desse grupo populacional. Mesmo existindo as perdas durante o processo do envelhecimento, o envelhecer de maneira saudável deve ser estimulado entre os idosos, pois ele deve ser sinônimo de vida plena e com qualidade. É necessário promover mudanças na estrutura social, a fim de que, ao terem suas vidas prolongadas, os longevos não fiquem distantes dos espaços sociais, em inatividade e dependentes, mas que possam buscar o seu bem-estar e melhorar a sua qualidade de vida. Para tanto, é indispensável o desenvolvimento de políticas e programas sociais de envelhecimento ativo, com a intenção de prevenir e retardar as debilidades e as doenças crônicas associadas a esse período da vida humana.

Manter as condições de autonomia e funcionalidade é o primeiro passo para atingir uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento bem-sucedido, mas, para isso, se faz necessário um planejamento de programas e atividades específicos de intervenção, visando a eliminação de fatores de riscos relacionados à incapacidade funcional. Contudo, devem ser elaboradas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que interfiram diretamente na manutenção da autonomia e da capacidade funcional desses idosos longevos. É importante ressaltar que essa capacidade funcional depende também de fatores psicossociais, demográficos, culturais, socioeconômicos, além do estilo de vida de cada indivíduo (ROSA et al., 2003).

A manutenção da capacidade funcional tem importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos por estar

relacionada à possibilidade de ocupar-se com o trabalho ou com atividades agradáveis até idades mais avançadas, e manter-se inserido no meio social em que vive. Parece, portanto, bastante relevante planejar programas específicos de intervenção para eliminação de certos fatores de risco relacionados à incapacidade funcional. Assim, os programas e serviços de saúde podem dar ênfase à prática de atividades físicas, como caminhada, hidroterapia, treinamento de força, pois a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida com a existência de um ambiente e assistência adequados.

Considerando-se que ocorrerá um aumento expressivo de idosos longevos nas próximas décadas, no Brasil, os estudos ainda são incipientes e, apesar de ser o grupo etário que mais cresce, não é o segmento de maior investimento acadêmico. Desse modo, é necessário que a comunidade científica, os gestores de saúde e a sociedade estejam preparados para lidar com a nova realidade de um país envelhecido, considerando-se, sempre, as particularidades sociais e culturais de cada região.

Referências

BATISTA, A. S. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004**.**

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, A. K. Influência da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs

entre idosos fisicamente ativos e idosos sedentários. **Motriz**, v.15, n.3, p.562-73, 2009.

BRITO, F. C.; LITVOC, J. Conceitos básicos. In. _____. (Org). **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004. p.1-16.

BRUNI, B. M.; GRANADO, F. B.; PRADO, R. A. Avaliação do equilíbrio postural em idosos praticantes de hidroterapia em grupo. **O Mundo da Saúde**, v.32, n.1, p.56-63, 2008.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p 773-81, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira**: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n.1. p. 426). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2014.

CARMO, N. M.; MENDES, E. L.; BRITO, C. J. Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.5, n.2, p.16-23, 2008.

CAROMANO, F. A. et al. Manutenção na prática de exercícios por idosos. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v.18, n. 2, p. 77-92, 2006.

CARVALHO, M. J. et al. Training and detraining effects on functional fitness after a multicomponent training in older women. **Gerontology, Basel**, v.55, n.1, p.11-6, 2008.

DIAS, R. M. R. et al. Benefícios do treinamento com pesos para aptidão física de idosos. **Acta Fisiátrica**, v.13, n.2, p.90-95, 2006.

FEMIA, E. E.; ZARIT, S. H.; JOHANSSON, B. The disablement process in very late life. A study of the oldest-old in Sweden. **Journal of Gerontology B Psychological Sciences**, v.56, n.1, p.12-23, 2001.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.2, p. 409-15, 2008.

HARRIDGE, S. D.; KRYGER, A.; STENSGAARD, A. Knee extensors strength, activation, and size in very elderly people following strength training**. Muscle; Nerve**, v.22, n.1, p.831-9, 1999.

HENWOOD, T.; TAAFFE D. Improved Physical Performance in Older Adults Undertaking a Short-Term Programmer of High-Velocity Resistance Training. **Gerontology Basel**, v.51, n.2, p.108-15, 2005.

ISHIZAKI, T. et al. The effect of aging on functional decline among older Japanese living in a community: a 5-year longitudinal data analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, v.16, n.3, p.233-9, 2004.

LEE, J. et al. Associated factors and health atoro f sarcopenia in older chinese men and women: a cross-sectional study. **Gerontology Basel**, v.53, n.6, p.404-410, 2007.

LEVEILLE, S. G. et al. Aging successfully until death in old age: Opportunites for increasing active life expectancy. **American Journal of Epidemiology**, v.149, n.7, p.654-64, 1999.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v.10, n.2, p.178-89, 2007.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.4, p.347-52, 2008.

MANIDI, M. J.; MICHEL, J. P. **Atividade física para adultos com mais de 55 anos**. São Paulo: Manole, 2001.

MARRA, T. A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.4, p.267-73, 2007.

MURABITO, J. M. et al. Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: the Framingham hearth study. **American Journal of Public Health**, v.98, n.7, p.1256-62, 2008.

NOVAIS, F. V. et al. Influência de um programa de exercícios físico e recreativos na auto percepção do desempenho em atividades de vida diária de idosos. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. **Qualidade de vida e estilo de vida ativo no envelhecimento**. Evangraf: Porto Alegre, 2005.

NYBO, H. et al. Predictors of mortality in 2,249 nonagenarians-the Danish 1905-cohort survey. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.51, n.10, p.1365-73, 2003.

OLIVEIRA, S. F. D. et al. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.81-9, 2007.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.1, p.101-7, 2010.

RASO, V. A adiposidade corporal e a idade prejudicam a capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária de mulheres acima de 47 anos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.8, n.6, p.225-34, 2002.

REBELATTO, J. R. et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n.1, p.127-32, 2006.

RESENDE, S. M. et al. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2008.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p. 40-8, 2003.

SANTOS, P. A.; RAMOS, F. **O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário: Sobrecarga Física, Emocional e Social**. 2005. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2005.

SIMÃO, R. **Treinamento de força na saúde e na qualidade de vida**. São Paulo: Phorte, 2004.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n.3, p.347-53, 2005.

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

VER-EZRA, M.; SHMOTKIN, D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study. **Jornal of the American Geriatrics Society**, v.54, n.6, p.906-11, 2006.

YI, Z.; VAUPEL, J. W. Functional capacity and self-evaluation of health and life of oldest old in China. **Journal of Social Issues**, v.58, n.4, p.733-48, 2002.

CAPÍTULO 3

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E ENVELHECIMENTO: O DESAFIO DO VIVER MAIS

Jussiara Barros de Oliveira
Luzia Wilma Santana da Silva

Introdução

O prolongamento da vida, com a população vivendo mais, é a maior conquista da Humanidade. Mas nos países em desenvolvimento, em particular, esse processo tem ocorrido de forma acelerada e não tem sido acompanhado por políticas públicas e recursos para sua implementação em atendimento às demandas específicas desse grupo etário, trazendo preocupações aos profissionais dessa área (PASINATO; KORNYS, 2009).

Estudo aponta que, a cada ano, cerca de 650 mil idosos são acrescentados na pirâmide etária brasileira (VERAS, 2013). Tal fenômeno contém várias peculiaridades, por exemplo, a segmentação interna no grupo de idosos, verificando-se um aumento mais expressivo no segmento acima de 80 anos, que determina uma heterogeneidade na composição dessa parcela da população (NOGUEIRA et al., 2008).

Acompanhando a tendência demográfica e, paralelamente, a epidemiológica (prevalência das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT)) vivenciada nos últimos anos no Brasil,

a urgência da organização de um modelo de atenção à saúde voltada para a população idosa tem se colocado como uma prioridade para gestores, pesquisadores, idosos e trabalhadores da saúde. Por muitos anos, na história da saúde pública brasileira, os serviços de saúde focavam a atenção para o atendimento materno-infantil, justificada pelos péssimos indicadores de mortalidade e elevada taxa de fecundidade. No entanto, a atual situação sanitária, social, econômica e demográfica é outra, o cenário contemporâneo acrescenta ao fenômeno do envelhecimento uma necessidade de adoção de estratégias globais na formulação e implementação de políticas públicas, em especial, a saúde (KALACHE, 2005).

As políticas de saúde voltadas para o envelhecimento populacional – descritas na legislação brasileira de 1994 a 2006 – apontam diretrizes importantes e norteadoras na consolidação do SUS, sustentadas pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis orgânicas 8080/90 e 81142/90, cujo objetivo, a descentralização, é passar para os municípios, gestores e atores, a tarefa de planejamento e implementação de políticas de saúde, numa perspectiva autônoma.

Segundo Kalache (2008), as políticas, no que concerne à população idosa, devem ampliar seu espectro para além das ações preventivas, incluindo não apenas ações tradicionais de promoção da saúde (vacinação), mas também o acesso a práticas alternativas, cientificamente comprovadas, com um investimento no exercício da cidadania como princípio ativo para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Nesse direcionamento, a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicilio (PNAD), em 2003, produziu resultados importantes

sobre o padrão de acesso e utilização de serviços de saúde e apontou a necessidade de mudança de paradigmas no desenvolvimento e na organização de ações na atenção ao idoso, exigindo "políticas afirmativas e integradoras" de abordagem preventiva, programas abrangentes de educação, que garantam uma assistência de qualidade aos idosos portadores de doenças crônicas (VERAS, 2013). Nesse sentido, o sistema de saúde, e seu arranjo (modelo assistencial), deve fazer uma leitura das demandas sanitárias, caracterizando como uma resposta do Estado às demandas expostas pela sociedade.

O sistema de saúde brasileiro tem sido uma arena de disputa de diversos paradigmas de modelos assistências ou modos de intervenção, que podem ser compreendidos com base nas suas vertentes conceituais: o hegemônico (médico assistencial-privatista), o sanitarista (caráter hospitalocêntrico, com ênfase nos procedimentos e baseado em programas, campanhas, ações de vigilância epidemiológica e sanitária) e os alternativos (oferta organizada, acolhimento, promoção da saúde, atenção primária da saúde, distrital e vigilância da saúde) com suas práticas organizadas nas necessidades de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 1999; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

O modelo assistencial à saúde ainda é imediatista e organizado para o cuidado agudo e não para o cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), responsáveis por onerar a carga financeira do sistema de saúde, fazendo que o envelhecimento concorra para o aumento das demandas dos serviços de atenção à saúde (VERAS, 2013; KALACHE, 2008).

Nesse sentido, o aumento da prevalência das DCNTs deve impulsionar a organização dos sistemas de saúde, com ênfase no cuidado crônico das doenças. Não é aceitável a ideia de tratar enfermidades crônicas como episódios agudos, isso onera financeiramente o sistema público de saúde e compromete o aumento do ganho de anos de vida da população (KALACHE, 2008).

Um dos resultados do aumento das DCNTs reflete-se na maior procura dos idosos por serviços de saúde e no aumento da utilização das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) e tempo de ocupação do leito hospitalar pelos idosos, quando comparado com outros segmentos populacionais, reiterando o impacto da carga das doenças de longa duração na saúde dos idosos (VERAS, 2013). Mesmo assim, Veras (2009, p. 550) ainda afirma que "a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar qualquer quadro".

Veras (2013) apresentou uma proposta construída tendo como base: a) Organização Mundial da Saúde (OMS), com a sua conceitualização do Envelhecimento Ativo; b) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a indução e a reorganização dos modelos assistenciais, por meio da ênfase na promoção e prevenção; c) Universidade Aberta para terceira Idade/Unati-Universidade Federal do Rio de Janeiro/Uerj, com o Projeto de Hierarquização da Atenção ao Idoso com Base na complexidade dos Cuidados e; d) Projeto da PruHealth, empresa prestadora de serviços de saúde, no Reino Unido. Esse é o modelo de linha de cuidados que integra a promoção e a atenção à saúde do idoso (Figura 1). O autor apresenta, de maneira esquemática, uma síntese dos níveis do cuidado com base no grau de necessidade, contrapondo a lógica de organização do sistema de saúde baseado

na doença. O fluxo desenhando propõe a promoção do envelhecimento ativo e saudável (ações de educação, promoção da saúde e prevenção de doenças), tratamento e reabilitação de agravos, estabelecendo sete etapas hierarquizadas de cuidados, com maior ênfase nos níveis básicos, responsáveis pelo atendimento da maioria da população idosa. Os longevos, nessa lógica, demandariam cuidados mais complexos, concentrando-se nas últimas etapas.

Pelo exposto, a estratégia indutora, que amplia e reorganiza o modo de intervenção no Brasil, em contraposição ao modelo hegemônico, talvez possa ser creditada ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), particularmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculado às propostas de vigilância da Saúde, oferta organizada e acolhimento (PAIM, 2008; SOLLA, 2010).

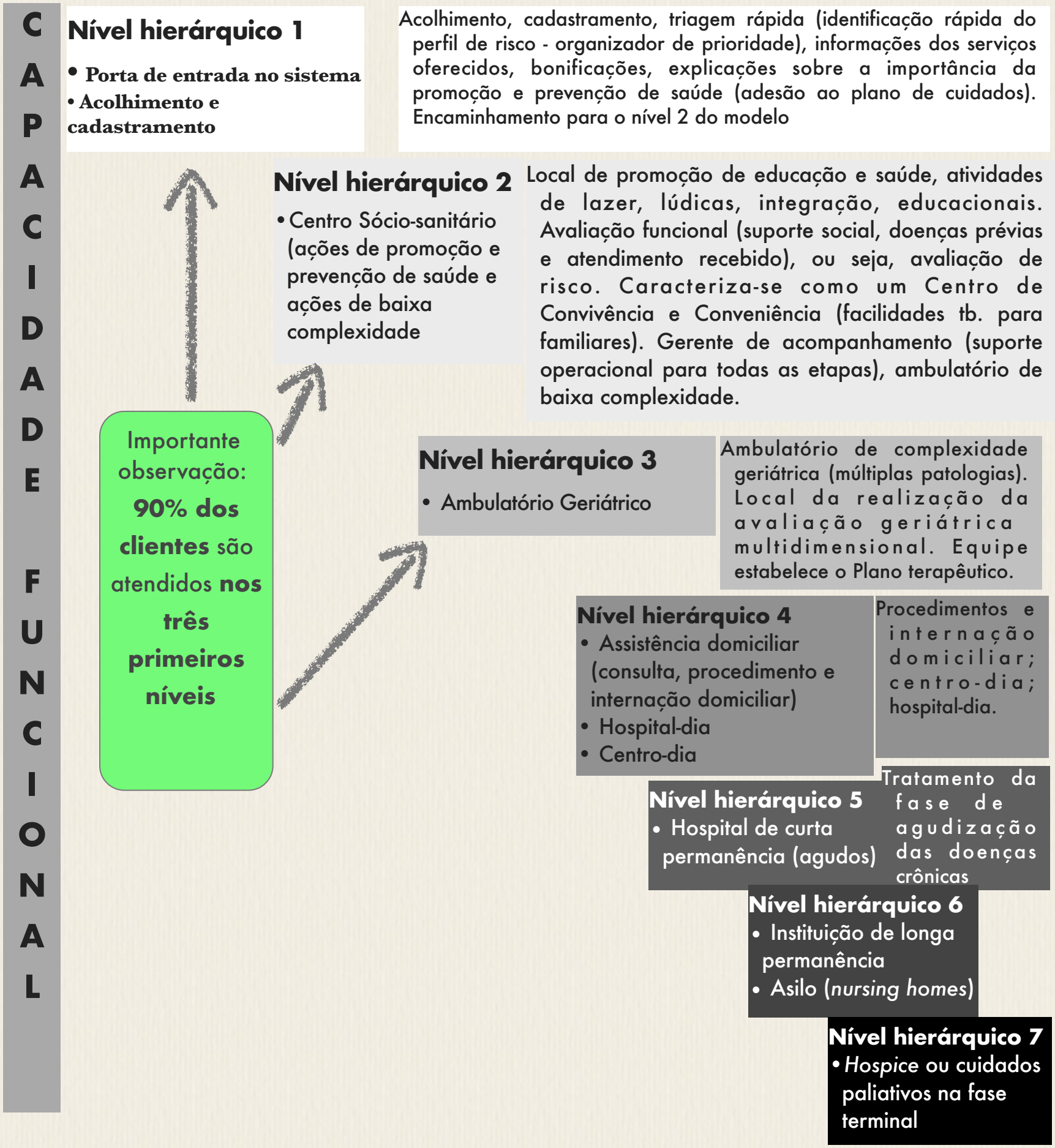

Figura 1 - Hierarquização da atenção ao idoso baseada na complexidade dos cuidados.

Fonte: OLIVEIRA, 2013.

Tendo em vista o caráter indutor na mudança do modelo assistencial e a abordagem interdisciplinar do indivíduo, em todas as fases do ciclo vital, nos deteremos em uma reflexão teórico-prática mais aprofundada da ESF, no nível primário da atenção, em detrimento dos demais níveis na abordagem do idoso, perscrutando a micropolítica que configura a produção do cuidado em saúde na Atenção Primária.

No contexto da ESF o atendimento deve ser integral, tendo em vista a preservação da autonomia e da capacidade funcional do idoso com seus familiares e com a comunidade, que é um dos pontos convergentes entre ESF e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Nesse capítulo, abordaremos a experiência de um município baiano, no interior da Bahia, produto de um dos resultados do estudo da implementação da PNSPI, numa unidade federada. O objetivo foi perfazer itinerário da pessoa idosa no atendimento na rede municipal de saúde e sua interseção com os demais níveis de atenção do sistema e outras ações intersetoriais.

Estratégia de saúde da família, envelhecimento e saúde da pessoa idosa

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada pelo governo Federal em 1994, tem se constituído, ao longo das últimas décadas, como uma ferramenta "promissora" de reorientação do modelo assistencial. Essa expectativa fez sua ampliação como uma meta a ser perseguida pelos gestores em saúde, nos últimos anos, na busca pela universalização do acesso à saúde para população brasileira, incluindo os idosos. Atualmente, o foco das intervenções da ESF tem sido ordenar o cuidado numa perspectiva longitudinal, buscando a integralidade, resolutividade e organização das redes assistenciais e,

dessa forma, acionar os pontos de atenção de acordo com as necessidades do indivíduo.

Quando associamos a lógica da organização e concepção da atenção básica, por meio da ESF com a PNSPI, percebemos as condições de possibilidades para se concretizar as diretrizes da atenção à saúde da pessoa idosa. Essa constatação se dá pelo descrito na legislação vigente, a Portaria nº 2488/2011. Essa portaria define como característica do processo de trabalho das equipes comum a todos os profissionais: a participação do acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e a identificação das necessidades de intervenções de cuidado, que proporciona o atendimento humanizado e se responsabiliza pela continuidade da atenção e pela viabilização do estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2011). Esse aspecto é decisivo na atenção à pessoa idosa, considerando a multidimensionalidade do processo viver-envelhecer e, particularmente, as suas implicações na saúde dos mais idosos.

No entanto, como desafio, há a necessidade de capacitação permanente dos profissionais da ESF, tendo em vista o *déficit* na formação, relativo às competências para o atendimento integral da pessoa idosa na multidimensionalidade e especificidade do processo viver-envelhecer (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Essa constatação encontra respaldo também no estudo de Costa e Ciosak (2010), o qual demonstrou a dificuldade dos profissionais de saúde da ESF em lidar com as demandas sociais e psicológicas da pessoa idosa. Nesse estudo não havia suporte de outras categorias profissionais, além da equipe mínima da ESF, o

que nos leva a perceber a importância da atenção interdisciplinar na assistência à pessoa idosa, apontada na PNSPI.

Esse aspecto reforça a necessidade de enfatizar os conteúdos de gerontologia e geriatria na formação dos profissionais de saúde, para o desenvolvimento de competências imprescindíveis para a abordagem da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Entretanto, esses autores sinalizam que o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde da família não substitui o suporte de atendimento especializado do nível secundário de atenção, o que aponta a necessidade de uma rede de atenção à saúde do idoso, proposta pela PNSPI, como um desafio para os gestores.

Outro estudo realizado por Coutinho et al. (2013) reiterou que os profissionais da ESF reconhecem o processo acentuado de envelhecimento da população e o despreparo para produção de um cuidado integral, o que aponta para um aspecto interessante, a influência da gestão dos serviços no direcionamento das "prioridades" e metas a serem alcançadas, muitas vezes na contramão da efetividade do princípio da integralidade. Ainda nesse estudo, observou-se que as ações da ESF, voltadas para a população idosa, são pontuais e não há prioridade na organização do atendimento. Por fim, o estudo, apesar de suas limitações, apontou a necessidade de planejamento de estratégias de cuidado nas unidades de saúde da família, voltadas para as especificidades da população idosa.

Por outro lado, desde 2006, foi instituído o "*Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*", publicado pelo Ministério da Saúde, que visa oferecer subsídios técnicos específicos para os profissionais de saúde que atuam na Atenção

Primária (BRASIL, 2006). O Caderno foi construído tendo como referência as prioridades do Pacto em Defesa da Vida e Políticas Nacionais, fundamentais para o planejamento de saúde para a pessoa idosa.

Ainda resta a observância do conteúdo abordado no Caderno da Atenção Básica, sobre as especificidades biopsicossociais do envelhecimento da população brasileira, que pontua aspectos demográficos e epidemiológicos, com a abordagem assistencial às doenças crônico-degenerativas, síndromes geriátricas e um capítulo específico voltado para o envelhecimento e a AIDS, o qual apresenta instrumentos para utilização no atendimento da pessoa idosa, pelos membros da equipe da ESF. Também define a atribuição de cada profissional, com foco na identificação precoce de riscos e agravos potencialmente comprometedores da capacidade funcional e, principalmente, na qualidade dos anos de vida da pessoa idosa.

Os instrumentos elencados no Caderno são escalas que avaliam acuidade auditiva e visual, estado mental, depressão, atividades de vida diária, risco de queda, funcionalidade familiar, recursos comunitários e familiares, sobrecarga dos cuidadores e presença de violência e maus tratos, com destaque para a relação direta da avaliação multidimensional na qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa. Portanto, a utilização dos instrumentos pelos profissionais permite uma avaliação rápida de múltiplos sistemas e detecção precoce de necessidades e alterações, sendo imprescindíveis para o estabelecimento de condutas terapêuticas específicas para as pessoas idosas (BRASIL, 2006).

Segundo Veras (2013), a estratificação de riscos e de identificação do idoso fragilizado configura-se em uma excelente

oportunidade que pode ser potencializada na ESF e, assim, melhorar o acesso à assistência aos problemas de saúde, dessa forma, deve-se organizar um modelo de atenção capaz de desenvolver ações preventivas no nível primário, secundário e terciário, que invista no envelhecimento saudável, na assistência qualificada para os que já estão acometidos por doenças crônicas ou com incapacidades instaladas.

Nessa perspectiva, o advento da longevidade e a coexistência das doenças crônicas e incapacidades na população idosa têm exigido cada vez mais cuidados de longa duração, que em geral significa o apoio para realização das atividades de vida diária (AVDs). Esse apoio pode ser proporcionado por cuidadores informais: família, amigos, vizinhos e; formais: instituições e serviços especializados (CAMARANO; MELLO, 2010). É, preferencialmente, com a articulação da ESF que se fortalecerá o vínculo com a comunidade do seu território.

Esse aspecto também foi abordado no Caderno de Atenção Básica, que discute a importância do suporte aos familiares e cuidadores de idosos (formais e informais) pela ESF para oferecer orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, considerando as diversidades do envelhecer, a adequação do ambiente, com respeito ao contexto de vida e cultura de cada família, e privilegiando o cuidado integral e humanizado à pessoa idosa e sua família (BRASIL, 2006).

Ainda no escopo da atenção domiciliar prevista no Caderno da Atenção Básica, referente à ESF, a equipe deverá estabelecer parceria com as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do seu território adstrito, avaliar, quando necessário, os idosos institucionalizados, realizar ações educativas,

potencializando, desta forma, a rede de proteção social existente e fortalecendo seu papel na intersetorialidade (BRASIL, 2006a).

Além da utilização das recomendações e condutas do Caderno da Atenção Básica, a caderneta do idoso se constitui em outro instrumento para o trabalho dos profissionais da ESF, no acompanhamento do estado de saúde da pessoa idosa, pois pode ser utilizada como referência para seu atendimento nos demais níveis de atenção do sistema, permitindo procedimentos mais precisos no diagnóstico e tratamento das doenças (BRASIL, 2006).

Assim, visando apoiar a ESF, no que tange ao atendimento integral da pessoa e sua família, o Ministério da Saúde, em 2008, criou, por meio da Portaria nº 154/2008, mais um dispositivo de fortalecimento da APS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), numa perspectiva de ampliar a resolutividade, o escopo das ações individuais, bem como as ações de promoção e prevenção em saúde, desenvolvidas no âmbito da ESF (BRASIL, 2008).

A citada Portaria define que um NASF deve ser formado por uma equipe de profissionais de diferentes áreas (educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico), cujo objetivo é alcançar o cuidado na sua longitude, ou seja, em todas as fases do ciclo vital, na abordagem da linha do cuidado. Suas principais diretrizes relativas à APS são: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2008).

Assim, concordamos com Veras (2013) ao afirmar que para que um modelo assistencial de atenção à saúde, previsto na PNSPI, seja efetivo, é preciso articular os níveis de prevenção com

novos métodos de planejamento e avaliação na prestação de cuidados aos idosos. De modo que o sistema ganhe eficiência, os profissionais nele envolvidos devem construir sua práxis crítico-reflexiva no contexto de sua área de atuação, sem perder de vista a globalidade do sistema, assim os idosos podem ter mais qualidade de vida e dignidade no processo viver-envelhecer.

A experiência de um município baiano na organização do atendimento a pessoa idosa

Este desenho foi construído durante a atividade de campo do estudo realizado, e configurou-se, como está descrito na cartografia metodológica e nos registros do diário de campo, como uma identificação e uma aproximação dos cenários da pesquisa, palco da formulação e da implementação da PNSPI no âmbito de um município baiano. Essa construção ocorreu de forma coletiva, com participação de técnicos da gestão municipal envolvidos com as políticas de saúde e desenvolvimento social do município em estudo. Esse diálogo foi facilitado pelo conhecimento prévio dos cenários da gestão municipal de saúde e das áreas de inserção da estratégia *Saúde da família,* do programa *Vivendo a Terceira Idade*, do Conselho Municipal de Saúde e do Idoso, tendo como base o protocolo municipal de atendimento do idoso na atenção básica (OLIVEIRA, 2013).

Desde 1998, a ESF vem se consolidando como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde no referido município. Ao longo desses anos, tem-se observado uma contínua melhoria das condições de vida e de saúde da população que, até então, contava com uma rede limitada, com apenas seis unidades básicas, com uma restrita oferta de serviços realizados por um quadro de funcionários formado por 195 profissionais. Na

atualidade, esse número é de 2.300 profissionais, segundo o relatório da gestão municipal (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

A Diretoria da Atenção Básica (DAB), no intuito de sistematizar o processo de trabalho, bem como organizar as ações de acordo às linhas do cuidado e prioridades previstas no Pacto pela Saúde, em 2007 organizou seu trabalho em Áreas Técnicas, as quais, por sua vez, definem o processo de trabalho de acordo com os temas: Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Avaliação e Monitoramento. Nesse particular, foi definida uma equipe de apoio institucional das unidades básicas, com o objetivo de propiciar um espaço permanente de discussão do processo de trabalho entre gestores e trabalhadores, constituindo-se, dessa forma, em uma ferramenta fundamental para orientação da gestão da APS no município.

A rede de serviços da atenção primária municipal é composta de 524 agentes comunitários de saúde (ACS), 38 Equipes da ESF alocadas em 38 unidades de saúde, 15 na zona rural (100% de cobertura) e 23 na zona urbana (42% de cobertura), e 30 equipes de saúde bucal. Integra, ainda, a rede o Programa Municipal de Atendimento Domiciliar a Idoso com Limitações (PAMDIL), que atende à área do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que é referência para as unidades básicas de modelo tradicional (OLIVEIRA, 2013).

O município organiza os serviços e ações definidas como atenção especializada. Trata-se de um dos projetos essenciais à gestão municipal. Esse nível de atenção encontra-se estruturado na média e na alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Atualmente, compõem esse nível os serviços: o Centro de Reabilitação Física e

Auditiva (Cemerf), o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (Caps-AD), o Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), o Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (Capsia), o Centro de Referência em Tisiologia e Hanseníase, o Centro de Referência em Hepatite C, o Centro Regional de Saúde de Trabalhador (Cerest), o Centro de Apoio à Vida (Caav), o Centro de Atendimento Especializado (Cemae), uma Farmácia da Família e o Centro de Atendimento Especializado em Odontologia (CEO) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

No tocante à atenção hospitalar, a Secretaria Municipal de Saúde tem desenvolvido uma política específica, que visa a sua integração com os demais serviços de saúde, fortalecendo os pontos de acionamento de rede para atender às necessidades de saúde da população. A rede hospitalar credenciada pelo SUS é composta por 11 hospitais, dois públicos (Municipal e Estadual), oito privados e um filantrópico, totalizando 549 leitos do SUS disponíveis para a população, nas especialidades cirúrgicas, clínicas, obstétricas e pediátricas. Em caráter complementar, 64 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Ainda soma-se a esse nível de atenção a Fundação de Saúde Pública de Vitoria da Conquista, formada pelo Hospital Materno Infantil Esaú Matos, com UTI neonatal, banco de leite humano, o Programa Mãe Canguru – considerado Hospital Amigo da Criança –, e um Laboratório Central de Referência Regional. A atenção à urgência e emergência são prestadas por um Serviço Móvel de Atendimento de Urgência e Emergência (Samu 192), com uma unidade de suporte avançado e quatro unidades de suporte básico; cinco prontos socorros conveniados ao SUS: Unimec; Santa Casa de Misericórdia; Hospital Esaú Matos;

Centro de Atendimento Médico Infantil (Cami) e Hospital Geral. Como complemento desse nível de complexidade está a Central de Regulação de Leitos (CRL) e dois postos de atendimento avançado de apoio à CRL, uma agência transfusional, além de clinicas e hospitais privados conveniados e contratados, integrando a rede SUS municipal (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

Além disso, o governo municipal tem, desde 1997, priorizado em sua agenda as políticas públicas voltadas para a criança e para o idoso. Para valorizar a pessoa idosa, implantou, em 1997, o programa *Vivendo a Terceira Idade*, com o objetivo de incentivar a autonomia e de promover sua inserção social nas diversas atividades que desenvolve. Este programa, iniciado com 150 idosos, hoje atende cerca de 520 deles. As atividades são desenvolvidas basicamente em grupos de convivência situados nos bairros periféricos e central da cidade, com espaços oferecendo oficinas: brigadas de trabalho, de artesanato, de dança, de aulas de alfabetização, a realização de eventos comemorativos, a organização de viagens turísticas e de eventos de atividades físicas.

O fluxo de atendimento apresentado de forma esquemática (Figura 2) demonstra o esforço da gestão em organizar o itinerário terapêutico da pessoa idosa, na rede municipal do município em questão. O desenho evidencia também a interlocução com outros níveis de atenção, destacando o diálogo com a rede de proteção aos direitos da pessoa idosa e outros serviços não governamentais que realizam algum tipo de atendimento ao idoso.

Do ponto de vista da gestão, existe um aparato institucional com apoio técnico para a realização das atividades e encaminhamentos necessários, a fim de garantir a resolutividade e integralidade do cuidado.

Figura 2 - Fluxograma de atendimento ao idoso na Rede Municipal de Saúde

Fonte: Adaptado do Protocolo Municipal do Idoso.

Observa-se no desenho apresentado na Figura 2, que o centro da produção do cuidado parte do encontro com a pessoa idosa. Nesse encontro, mais do que definir um fluxo, deve-se estabelecer uma escuta sensível das demandas apresentadas pela pessoa idosa, identificação de suas necessidades para, então, construir um itinerário terapêutico, com corresponsabilidade entre profissional de saúde e idoso ou sua família. Na realidade da ESF, muitas vezes quem procura o serviço é a família, principalmente quando se trata de idosos fragilizados, que é o caso da maioria dos longevos. O município caso possui uma experiência interessante no acompanhamento de idosos longevos com limitações. Em 2009, com recursos próprios, implantou o Programa Municipal Domiciliar para idosos com limitação (PAMDIL), que acompanha, nas áreas que não têm equipes de saúde da família, os idosos longevos identificados pelos agentes comunitários de saúde. Esse programa tem como referência uma unidade básica de modelo tradicional, onde estão cadastrados os idosos acompanhados. Os cuidados com os idosos são orientados à família, e é realizado o acompanhamento clínico, laboratorial e de enfermagem. Assim, o programa tem contribuído para a atenção integral e humanizada, considerando a família como uma importante unidade cuidadora.

A coordenação da área técnica municipal de saúde do idoso recomenda que, em todo atendimento, a caderneta do idoso deve ser solicitada. Como vimos, a caderneta do idoso constitui uma importante ferramenta no acompanhamento da saúde da pessoa idosa, podendo ser utilizada pelo profissional como uma ferramenta de *screening* para situações de riscos, prevenindo complicações, agravos e novas patologias. Além disso, a utilização da caderneta, em segunda instância, pode se constituir como um

instrumento de incentivo à autonomia, ao autocuidado e ao estimulo ao envelhecimento *ativo-cidadão-saudável*.

Na gestão do cuidado com base no encontro do usuário com o profissional, é imprescindível o estabelecimento de vínculo e uma mudança de paradigma ao focar na pessoa e não na doença. Esse pensar constrói uma lógica mais proximal com a pessoa e considera mais que a disponibilização de uma "carta de serviços", e sim a subjetividade que envolve o encontro do usuário com o trabalhador de saúde. Nessa situação, se estabelece a trama que é tecida nas relações para a constituição da micropolítica na produção do cuidado (FEUERWERKER, 2014).

O arranjo tecnoassitencial observado no fluxograma de atendimento aponta para um modelo de atenção à saúde, pautado em intervenções de promoção, prevenção e curativas que, dependendo da necessidade apresentada pelo usuário, podem mobilizar pontos de atenção em outros níveis, até mesmo serviços de proteção dos direitos dos idosos. Esse aspecto pode ser considerado um avanço, tendo em vista a existência de uma rede de proteção ao direito da pessoa idosa, que demonstra certo grau de articulação com a ESF.

Outro aspecto importante é a possibilidade de construção de vínculo, que é favorecido pelo trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. Vale ressaltar, ainda, que, mesmo para aqueles que não pertencem ao território, observa-se no fluxograma certa corresponsabilidade por parte da ESF, facilitando o direcionamento do idoso dentro da rede municipal. No entanto, para a efetividade do cuidado direcionado à pessoa idosa, a capacitação dos profissionais para as demandas específicas apresentadas é fundamental, devendo ser de fato uma prática

permanente. Além disso, a estrutura de apoio institucional, que esse município possui, possibilita uma aproximação da gestão no cotidiano do trabalho vivo das equipes.

Nesse território das relações que permeiam os diversos encontros do trabalho vivo, ocorrerão entre o usuário e o trabalhador de saúde os intercâmbios e as negociações que possibilitarão a produção do cuidado em saúde, sem que haja o desencontro de expectativas (FEUERWERKER, 2014). Daí a relevância do acolhimento, apresentado no fluxograma como um disparador, com base no encontro com o idoso ou com a família, da construção do itinerário terapêutico do idoso na unidade de saúde da família e nos serviços que integram a rede do município em questão.

No entanto, observamos uma lacuna, que poderá ser superada, referente aos cuidados paliativos, que emergiu de maneira superficial durante a fase de coleta de dados desse estudo ao observar a análise documental sobre o PAMDIL e alguns relatos das entrevistas realizadas. Mesmo assim, foi interessante observar nos documentos de planejamento da gestão (Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde) a definição de objetivos em torno da necessidade de sistematização do cuidado à pessoa idosa, o que demonstra o interesse dos atores envolvidos em concretizar a implementação da PNSPI.

Considerações finais

O envelhecimento é um fenômeno que nos impõe inúmeros desafios. Na saúde, indubitavelmente, a organização de um modelo de atenção que combine tecnologias para atender as especificidades do processo viver-envelhecer humano é algo que deve ocupar a pauta nas discussões entre gestores, pesquisadores e trabalhadores de saúde.

Nesse cenário, as possibilidades são ilimitadas pois dependerão das peculiaridades de cada território, da disputa de modelos e interesses, principalmente na mudança da lógica de organização dos serviços. O viver mais deve priorizar a qualidade de um sistema de saúde que responda às necessidades desse quadro demográfico, epidemiológico e social. Para tanto, vários estudos têm construído algumas possibilidades, como o Projeto de Hierarquização da Atenção ao Idoso com Base na complexidade dos Cuidados da Unati-Uerj, apresentado nesse capítulo, que poderão ser adaptadas para a realidade de cada município. O importante é o envolvimento e compromisso de todos os atores envolvidos na implementação da PNSPI, e o imperativo é mover-se.

Quando particularizamos a questão para a população mais idosa, com todas as nuances da fragilidade e perda de autonomia, percebemos as fragilidades estruturais no sistema e, ainda mais, dos profissionais de saúde. A luta é permanecer empreendendo esforços em investigações de práticas bem-sucedidas, que poderão modificar realidades, para que possamos vivenciar uma atenção integral e humanizada para todo brasileiro idoso e, ao mesmo tempo, implementar ações de prevenção e promoção que resultem em um envelhecimento saudável.

Referências

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988.

_____. **Lei nº 8080**. 1990

_____. **Lei nº 81142**. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos da Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, n.19, 92p. 2006.

_____. _____. **Portaria GM nº 154**. de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF..

_____. _____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010. v. 1. p. 67-92.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no programa saúde da família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p. 437-44, 2010.

COUTINHO, A. T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de Saúde da família: visão da equipe. **Revista Escola Anna Nery**, v.17, n.4, p. 628-637, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. e organizadores. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é Imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1107-1111, 2008.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. D.; CALDAS, C. P. Estratégia de saúde da família e atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.4, p.779-786, 2011.

NOGUEIRA, S. L. et al. Distribuição espacial e crescimento distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Revista Brasileira Estudo da População**, v.25, n.1, p.195-198, 2008.

OLIVEIRA, J. B. **Multiversos contextos da implementação da política nacional de saúde da pessoa idosa**. 2013. p. 159. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2013.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C.; NORONHA, J.C. de; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Políticas de descentralização e Atenção Primária à saúde. In. ROUQUARIOL, M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PASINATO, M. T. de M.; KORNYS, G. E. M. Texto para discussão nº 1371. In: **Cuidados de longa duração para idosos**: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. p. 1-25. (Serie Seguridade Social).

SILVESTRE, J.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.839-847, 2003.

SOLLA, J. J. S. P. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. **Modelo de atenção à saúde: promoção, Vigilância e Saúde da Família**. Salvador: Edufba; 2006. p. 129-167.

TEXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistências e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília: CENEPI/MS, v.7, n.2, 1998.

VERAS, R. Em busca de uma assistência, adequada á saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, 2003.

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

VERAS, R. P. et al. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis,** v. 23, n.4, 2013.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). **Relatório de gestão**. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, 2009.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). **Relatório de gestão**. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, 2010.

CAPÍTULO 4

SUPORTE FAMILIAR E LONGEVIDADE: UMA REFLEXÃO ACERCA DAS RELAÇÕES FAMILIARES

Jamília Brito Gomes
Renato Novaes Chaves
Alessandra Souza de Oliveira
Luciana Araújo dos Reis

Introdução

Nesse capítulo apresentaremos os resultados de uma discussão realizada sobre a família e, em especial, sobre o suporte familiar e a longevidade. A construção de reflexões sobre essas temáticas faz parte do dia a dia de diversos estudiosos que vêm repensando as maneiras pelas quais as famílias passam pelo processo de transformação na contemporaneidade.

Nessa perspectiva, faz necessário refletir sobre como as famílias estão encarando os desafios relacionados ao suporte familiar, com base no aumento da expectativa de vida dos seus membros, já que o envelhecimento é um processo natural e contínuo, que se inicia a partir do nascimento e vai se estendendo durante o tempo máximo de vida que as pessoas conseguem alcançar. A velhice é uma fase da vida que precede o processo da longevidade, em que, a partir das dificuldades na execução das atividades da rotina, novas necessidades surgem, justificando a relevância do suporte familiar.

Nesse sentido, percebemos que a problematização desses aspectos poderá contribuir para o aprimoramento profissional dos estudiosos da temática aqui abordada, assim como colaborará com as discussões apresentadas no contexto nacional e mundial sobre o suporte familiar e a longevidade.

Família

Considerando a conjuntura da família na sociedade, ressaltamos a sua diversificação de conceito, já que tem passado por profundas transformações, de maneira interna, e externa, principalmente no que diz respeito a sua composição, as relações estabelecidas entre os membros, e os princípios de sociabilidade que sinalizam a concepção de um caráter dinâmico e multifacetado.

De acordo com Crisafulli (2011, p.51), "a família não era vista como um núcleo baseado no afeto, mas como conjunto de pessoas ligadas pelas finalidades de procriação e perpetuação de seus entes através das gerações futuras, dirigidas pela religião, elemento na formação das diversas instituições". Nesse sentido, ao homem era dada a direção do núcleo familiar, desde administração das pequenas questões até o suprimento das necessidades básicas, e a sua vontade era a única que era levada em consideração. Já à mulher, cabia-lhe apenas o papel de procriar, cuidar dos afazeres do lar, auxiliar na educação dos filhos e suprir as necessidades do homem. Com o passar dos anos, o Estado passou a intervir nas relações humanas, realizou a distribuição de direitos e deveres entre as pessoas, instituiu o casamento, a fim de organizar os vínculos pessoais. Com base nessas intervenções, a mulher passa a ter direitos iguais e a sua

opinião passa a ser levada em consideração, constituindo, dessa maneira, uma nova concepção na problematização da estrutura familiar.

"Apesar da constante discussão acerca das definições e da busca por um conceito comum, ainda não é possível afirmar uma definição de família aceita e adotada consensualmente pelos estudiosos da área, instituições governamentais e pela sociedade" (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2010, p. 100). Mesmo não chegando a um nível de concordância acerca da definição de família, por meio dos constantes estudos e pesquisas, os estudiosos dessa linha têm conseguido problematizar, discutir e promover alguns debates sobre as questões representativas das relações humanas que permeiam a temática.

Existem diversas maneiras de compreender o conceito de família, vale ressaltar que o significado tradicional fundamenta-se em distintos discernimentos, como aspecto biológico de laços sanguíneo, aproximações genealógicas, ressalvas realizadas por profissionais da área jurídica e até o compartilhamento de uma casa com crianças. Nessa sequência, ressaltamos que o critério de intimidade para estabelecer uma explicação mais apropriada está relacionado à intimidade estabelecida pelos membros, que logo reflete no fato de que, apesar de as pessoas sem ter filhos gerados na relação, são reconhecidas como uma composição familiar. A partir dessa perspectiva, a família pode ser considerada um grupo social peculiar e simbólico, marcado por afinidades entre gerações.

A família é uma constituição social que exerce um papel inigualável nas relações e, consequentemente, na vida das pessoas em sociedade, nessa perspectiva as relações familiares modificam-se constantemente para atender as necessidades dos

membros (REIS, 2008). Dessa forma, a família passa a levar em consideração o bem-estar dos seus integrantes, assim como as necessidades existenciais dos mesmos. Com isso, as necessidades mais simples que uns membros apresentam passam a ser levadas em consideração pelos outros, na tentativa de auxiliá-los no suprimento.

De acordo com Santos (2013), a família é compreendida como uma organização social de apoio, distribuída em um nível hierarquizado, instituída por um conjunto de pessoas que sustentam entre si vínculos e afinidades, em uma atmosfera que permite trocas em comum. Considerando essa perspectiva, a sustentação desses vínculos vai depender da força e do tipo das relações que foram estabelecidas entre os membros da família ao longo da vida.

A família é um espaço de socialização, que desempenha ações por meio de estratégias peculiares que visam a sobrevivência. Também é considerada um lugar que proporciona a aprendizagem da cidadania, permitindo desenvolvimento de seus membros (FACO; MELCHIORI, 2009). A família apresenta uma dinâmica própria, ora comprometida, ora afetada pela ampliação e desenvolvimento de seu ciclo. É uma instituição responsável pela socialização de seus membros, por isso possui um papel fundamental no percurso do desenvolvimento humano. Nota-se que, com o nascimento dos filhos, os pais recebem uma função parental, estabelecendo de novos papéis, e nesse momento surgem novas demandas relacionadas à educação, com base na intervenção familiar que se espera ser executada. Ainda nesse ponto de vista, Faco e Melchiori (2009, p. 2) relatam que "é nesse momento que surgem mais especificamente as tarefas ligadas à socialização; a família exerce seu lugar de "matriz de identidade", possibilitando a seus membros a experiência de pertinência a um

grupo, assim como a experiência de sua autonomia". Assim, se faz necessário o desenvolvimento de regras que motivem a participação dos membros nas relações familiares.

Nesta perspectiva, a família é um tema que demanda uma série de reflexões para se chegar à definição mais apropriada, pois faz parte de um universo repleto de particularidades, conforme apontadas por seus descritores (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004). Dessa forma, assim como a economia, a política em geral, e outros segmentos da sociedade, a família vem passando por mudanças e articulações de maneira gradual, na busca por um espaço, para alimentar o bem-estar e estrutura dos membros que a compõem.

As famílias possuem características diferentes umas das outras, ainda assim existem interesses conjuntos relacionados ao movimento de integração, com base em uma conexão afetiva e saudável até a relações patológicas. "Muitas vezes em favor do estabelecimento da unidade familiar, os pais precisam se sacrificar para que as crianças não apenas nasçam na família, mas possam crescer e por fim, conquistar uma vida autônoma, vindo a construir outro núcleo familiar" (BRAMBILLA, 2012, p. 29). É sabido que, nem sempre, as pessoas alcançam esse ciclo, por causa de diversos fatores relacionados ao processo de integração e desenvolvimento maturacional, assim como as adversidades que podem acontecer no dia a dia.

De acordo com Souza e Baptista (2008), as relações mais intensas e duradouras são constituídas dentro da família, especialmente nos anos iniciais de vida, e é nesta relação que os indivíduos aprendem a estabelecer os vínculos relacionados à convivência grupal. Nesse sentido, a família é uma organização

que funciona como um importante meio e suporte imprescindível ao desenvolvimento benéfico e saudável de seus membros. Ela também é responsável por oferecer acolhimento, atenção, carinho, cuidado, diálogo, liberdade, autonomia, aceitação, liberdade, entre outros. Dessa maneira, torna-se referência na manutenção dos comportamentos, valores e crenças, uma vez que orienta, premia ou pune as maneiras de agir de seus membros.

Conforme apontado por Reis (2008), além do elemento biológico, a relação familiar se constrói também com base no afeto investido, pois os elementos psicológicos e afetivos também concretizam as necessidades imateriais de seus membros. Nesse sentido, o investimento em afeto e companheirismo encontra-se no auge da família moderna, produzindo uma nova roupagem, relacionada às necessidades afetivas e sociais dos membros em família, principalmente durante a fase do envelhecimento.

Comparando as fases do desenvolvimento humano com uma pirâmide, observa-se, nos últimos anos, um considerável aumento da população idosa, em que o cume da pirâmide tem se ampliado e a base se estreitado (SANTOS, 2013). Nessa perspectiva, torna-se de grande relevância refletir sobre o processo de envelhecimento e as suas consequências, pois à medida que as pessoas envelhecem, as atividades que eram encaradas como fácil acesso e execução tendem a se tornar mais complexas, e podem apresentar maiores dificuldades, impedindo a sua realização, o que aumenta a probabilidade de necessitarem de auxílio de outras pessoas na manutenção da rotina. Com isso, ao analisar o processo de envelhecimento humano, observamos algumas incoerências e contradições, seja pela disparidade de conceitos e sentidos que envolvem essa fase do desenvolvimento, seja pelo destaque que é

dado ao aspecto humano, relacionado ao caráter físico, social, psicológico e até existencial.

A instituição familiar possui diversas funções psíquicas, entre elas, podemos citar a primeira e essencial que está relacionada ao investimento de afeto, que é fundamental à sobrevivência emocional dos recém-nascidos (SOUZA; BAPTISTA, 2008). Neste sentido, a transmissão de experiências pelos pais colabora com a função de aprendizagem dos filhos, o que possibilita a formação da identidade e o aprimoramento de determinadas condutas que serão aperfeiçoadas ao longo das demais etapas do desenvolvimento, favorecendo uma longevidade mais afetuosa àqueles que tem a oportunidade de envelhecer em um ambiente com algum membro da família. Dessa forma, durante o envelhecimento, a família ainda é considerada a origem do apoio informal imediato às pessoas idosas, e, muitas vezes, a sua única alternativa.

"Todavia, o compartilhamento do mundo não é meramente uma relação entre "sujeitos", e sim uma teia significativa a partir do qual cada pessoa existe, e é por meio da relação com os outros que o homem passa a compreender o mundo e a si próprio" (BARBOSA; MELCHIORI; NEME, 2011, p. 194). Nessa lógica, ao estar junto com outros, as pessoas percebem que não estão sozinhas e que, ao necessitar de algum suporte, poderão encontrar auxílio para superar alguma limitação ou dificuldade que poderão surgir.

Suporte familiar

Nos últimos anos, tem-se observado que o conceito de suporte social, mais especificamente suporte familiar, tem sido bastante utilizado no meio acadêmico, já que muitos estudos vêm assinalando sua semelhança e até sua relação com a ampliação e conservação de alguns aspectos psicológicos, como autoestima, desenvolvimento de estratégias cognitivas e/ou comportamentais para enfrentar situações adversas (coping), entre outros.

As pessoas que não possuem apoio familiar ou social têm a probabilidade de enfrentar mais dificuldades diante das adversidades, nesse sentido esse suporte produz efeitos positivos na qualidade de vida daqueles que o recebem (ARAÚJO et al., 2012). Considerando o exposto, se faz necessário problematizar acerca do suporte familiar para explicar a relevância deste constructo, principalmente durante a fase de envelhecimento e, com base nos esclarecimentos, possibilitar uma reflexão a fim de incentivar a independência e a autonomia das pessoas no processo de envelhecimento.

"O suporte familiar pode ser considerado um dos mais relevantes amortecedores do efeito de diversos estressores na vida das pessoas, tornando-o fundamental nos estudos de resiliência psicológica" (BAPTISTA, 2005, p. 11). Nesse sentido, ao refletir sobre esse assunto durante o envelhecimento, se faz necessário compreender como ele está, de fato, associado às respostas e influências positivas na vida das pessoas, principalmente durante o envelhecimento. O suporte familiar, até aqui abordado, também pode ser considerado como um constructo multidimensional e de complexa operacionalização, já que os estudos e a própria literatura não apresentam uma definição padrão desse conceito.

De acordo com Baptista (2005), o suporte familiar pode ser composto por uma relação entre membros da família, manifestando comportamentos de interesse, empatia, superproteção, afetividade, carinho, entre outros. Dessa maneira, tais atributos são considerados fundamentais nas relações entre os membros familiares, o que pode acontecer em distintas estruturas familiares, nas relações com seus membros. Ainda nesse sentido, o suporte familiar se inicia desde as primeiras etapas do desenvolvimento humano e, dessa maneira, será manifestado nas primeiras relações afetivas entre os pais e os filhos. "Com o passar do tempo, o suporte se expande, se originando cada vez de outros membros da família, daí então dos colegas de trabalho e da comunidade, e talvez, em caso de necessidade especial, de um membro cuja profissão é de ajuda humana" (SOUZA; BAPTISTA, 2008, p. 209). Nesse sentido, com a chegada do envelhecimento humano, é possível perceber, em alguns costumes culturais, que o suporte será novamente iniciado e executado na prática, especificamente, por pessoas integrantes da família.

O suporte familiar é marcado por variáveis psicológicas que se concretizam de maneira especial nas relações familiares e possui um papel de grande relevância no desenvolvimento dos membros, influenciando nos comportamentos em geral (REIS et al., 2011). Dessa forma, este constructo, anteriormente apontado, é considerado de grande relevância, uma vez que há entre os membros familiares níveis significativos de afetos, assim como há também a liberdade para a manifestação e o desenvolvimento de comportamentos autônomos e independentes. Vale ressaltar que o suporte familiar pode ser compreendido com base na manifestação e execução de determinadas tarefas, entre elas, podemos exemplificar o auxílio prático em atividades complexas,

orientações, *feedback*, assim como a mediação diante de conflitos ou problemas por membros da família, ou pessoas próximas, que possuem certo vínculo, ou que auxiliam na execução de atividades práticas na manutenção da rotina.

"O suporte familiar se mostra um construto de difícil operacionalização, sendo uma de suas definições como parte da rede informal e mais próxima de relacionamentos, na qual o indivíduo é beneficiado por meio de contato e trocas familiares" (REIS et al., 2011, p. 53). Diante do exposto, as trocas sustentadas pelas relações entre os membros familiares poderão auxiliar no desenvolvimento da autoconfiança, especialmente naqueles momentos de desenvolvimento de resiliência para enfrentar as adversidades que podem comprometer a qualidade de vida e a saúde.

"Mais especificamente, a percepção de suporte familiar está relacionada à competência social, capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, bem-estar psicológico" (INOUYE et al., 2010). Nessa perspectiva, a demonstração dos comportamentos anteriormente mencionados poderá aumentar a qualidade de vida, contribuindo com algumas estratégias de enfrentamento diante das dificuldades, o que permite a melhoria das práticas habituais e favorece as relações saudáveis e positivas. Ainda de acordo com os autores anteriormente mencionados, o constructo do suporte familiar está relacionado ao desenvolvimento de uma relação composta por três dimensões, entre elas podemos citar a adaptabilidade, a comunicação e a coesão. Nesse sentido, a dimensão relacionada à adaptabilidade se refere à flexibilidade para se adaptar às adversidades da vida. A dimensão relacionada à comunicação faz referência à capacidade

de empatia, habilidades de escuta e o compartilhamento de sensações e sentimentos entre os membros e, por fim, a dimensão relacionada à coesão familiar, que faz referência a manifestação de vínculos e interesses em comuns entre os membros da família.

Entre as funções do suporte familiar apontadas por Reis et al. (2011), temos: auxiliar na construção de sentido referente às experiências de vida, possibilitar a edificação e conservação de uma identidade social, auxiliar de maneira física e emocional, transmitindo e recebendo informações de maneira material e emocional. Dessa maneira, o suporte familiar contribui de forma expressiva para a sustentação da integridade física e psíquica daqueles que o recebem e, nesse sentido, possibilita resultados de grande relevância, tanto para aqueles que dão quanto para aqueles que recebem. Por essas razões, é necessário analisar e compreender o contexto e as particularidades dos cuidados que devem ser tomados com aquelas pessoas que estão alcançando a longevidade, a fim de aumentar o bem-estar e a qualidade de vida durante o envelhecimento.

De acordo com Aquino, Batista e Souza (2011), o efeito do suporte pode ser entendido de duas maneiras, a primeira como efeito direto, que contribui para os níveis de saúde, e a segunda como efeito amortecedor, que protege as pessoas de situações estressantes. Com base nessa análise, as pessoas que possuem relações de suporte e apoio frequentemente alcançam melhores condições de saúde e qualidade de vida durante o envelhecimento.

O suporte familiar é um constructo de grande relevância e contribui de maneira significativa para a sustentação e ajustamento nas esferas física e psicológica das pessoas. Aquino, Batista e Souza (2011) consideram que seu resultado é apresentado

na pessoa da família que recebe, uma vez que se sente acolhido, compreendido, amado e reconhecido, esse circuito de trocas e compartilhamentos contribui para o bem-estar físico e psicológico.

Nas diversas situações do dia a dia, a manifestação de sentimentos e investimento afetivo na convivência entre idosos e membros da família tem tornado as relações mais agradáveis, promovendo o aumento da qualidade de vida e bem-estar (LEITE et al., 2008). Vale ressaltar que existem também aqueles casos em que as dificuldades apresentadas, por causa de alguns desentendimentos rotineiros, podem gerar desgastes nos relacionamentos entre familiares e idosos, principalmente nos casos em que as pessoas alcançam a longevidade e encontram-se em uma relação de dependência. Ressaltamos ainda que, durante a terceira idade, os idosos carecem de um suporte familiar adequado, pois as relações estabelecidas nessa fase da vida tendem a proporcionar implicações positivas, entre elas destacamos a sensação de pertencimento, o cuidado e a própria contribuição para o desenvolvimento da autoestima.

Analisando as relações familiares, e os papéis desenvolvidos por alguns membros durante o período do envelhecimento, é preciso compreender a dinâmica das relações, principalmente durante a longevidade, de maneira que permita aos familiares e aos membros envelhecidos estabelecer e manter relações em que sejam resguardadas as individualidades de cada um.

"O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do idoso é importante para o desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliária à saúde do idoso, e impõe-se como indispensável em todos os níveis sociais" (REIS et al., 2011, p. 2). Conforme apontado por estes

estudiosos, é necessário o desenvolvimento de planos assistenciais para dar apoio tanto aos idosos quanto aos seus familiares, de maneira que se possa auxiliá-los no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas, contribuindo com o aumento da qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional.

No ambiente familiar diversos são os sentimentos manifestados na convivência entre os idosos e os membros da família. O compartilhamento de afetos, a compreensão, o auxílio mútuo e o acolhimento são elementos fundamentais na relação entre os membros da família e os idosos. Dessa maneira, o convívio se torna afetuoso e agradável, constatando uma relação de harmonia que contribui para a superação das dificuldades que se fazem presentes no dia a dia deles. Com isso, quanto mais as pessoas alcançam a longevidade, mas se justifica a relevância de refletir sobre o suporte familiar que poderá ser ofertado, pois com a chegada do envelhecimento as pessoas possuem a tendência de apresentar maior fragilidade e necessitam de auxílio nas mais diversas áreas que podem surgir na sua rotina de vida. Independente dessas dificuldades, nota-se que o suporte familiar tem representado a rede de apoio mais significativa.

As pesquisas têm apontado a privação de suporte familiar como influenciadora nas defesas orgânicas das pessoas, aumentando a probabilidade de desencadear algum quadro patológico (LEITE et al., 2008). Nessa perspectiva, é possível considerar que os papéis sociais têm contribuindo e influenciado a saúde das pessoas, auxiliando na manutenção da qualidade de vida e favorecendo o bem-estar e a saúde. Levando em consideração esses aspectos, podemos enfatizar a relevância do suporte familiar, pois nenhuma pessoa consegue viver isolada, e esse apoio deve ser mantido pelas pessoas com as quais o idoso

convive no próprio ambiente ou com as que possui algum tipo de vínculo.

O suporte familiar adequado resulta em efeitos emocionais positivos e em sensações de pertencimento, cuidado e estima, sendo considerados de grande relevância e servindo de auxílio, principalmente durante os momentos de fragilidades das pessoas (INOUYE et al., 2010). Dessa maneira, durante o enfrentamento de situações adversas, aqueles que possuem um suporte adequado terão muito mais probabilidade para adaptar-se às mudanças e para superar as adversidades ao longo da vida. Ressaltamos, ainda, que a atitude proativa tem sido considerada um elemento de grande valor na adaptação e no enfrentamento de situações complexas, especialmente durante a longevidade, para a manutenção e o desenvolvimento do bem-estar.

Longevidade

Recentemente o IBGE (2015) divulgou o quadro de Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI, com subsídios para as projeções da população em cada distrito demográfico, e esses dados nos mostram que houve um ganho na expectativa de vida do brasileiro num período de dez anos, entre 2000 e 2010Recentemente o IBGE (2015) divulgou o quadro de Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI com subsídios para as projeções da população cada distrito , e esses dados nos mostram que houve um ganho na expectativa de vida do brasileiro num período de anos, entre 2000 e 2010.

Para entender melhor, vamos escolher a cidade do país que mais se destacou, em Santa Catarina, onde a expectativa de vida saltou de 72,1 anos, em 2000, para 76,9 anos, considerando

ambos os sexos. Nessa cidade, a projeção é de que, nos próximos 15 anos, a expectativa de vida, ao nascer, chegue à marca dos 82,3 anos. Porém, se pegarmos a pior capital brasileira do estudo, em Alagoas, também observaremos um aumento significativo, tanto nos dados de 2000 (64,3 anos) e 2010 (69,2 anos), como na projeção para 2030 (75,7 anos).

Esse cenário mostra que o Brasil vem, progressivamente, passando por transformações na sua estrutura demográfica, em que as taxas de fecundidade e mortalidade vêm se alterando e registrando um novo paradigma nas últimas décadas, constatando-se um aumento da expectativa de vida e, consequente, da longevidade dos indivíduos. Essa nova percepção do perfil populacional torna necessário afirmar que não são anos a mais de velhice, mas sim, anos a mais de vida. Assim, o país precisa se adequar a essa realidade, pois, de acordo com Alexandre Kalache, com respeito a essa população idosa, o país ainda não está pensando como deveria (KLEBÍS, 2015). No ano de 2007, Kalache refletiu sobre o processo de envelhecimento de países em desenvolvimento, em comparação com os desenvolvidos.

O fato é que o discurso em torno da longevidade vem ganhando espaço, principalmente nas últimas décadas em que as pesquisas de cunho interdisciplinar em torno do envelhecimento ganharam força, seja no aspecto econômico, político ou de saúde etc., evidenciando um cenário que associa a longevidade com os vários aspectos sociais.

Assim, algumas razões são apontadas para o aumento da longevidade da população, como a diminuição das taxas de mortalidade, declínio de fecundidade, avanço técnico-científico e melhorias na qualidade de vida (FELIX, 2014). Porém, à medida

que a população envelhece, surge também maior risco de exposição às patologias crônico-degenerativas, que contribuem para a perda de autonomia e independência do idoso, e, com isso, a qualidade de vida tende a cair consideravelmente em virtude da dependência funcional.

Assim, envelhecer não deve estar associado à perda de qualidade de vida ou da capacidade funcional. As novas configurações de longevidade devem ser encaradas como a possibilidade de viver mais e melhor, e o objetivo de controlar a morte prematura, com o desenvolvimento e a distribuição de vacinas, melhoria do saneamento básico, com nutrição saudável, promovendo boas medidas sanitárias de controle de doenças etc., pois, para Yazbek (2003), quanto mais se aumenta as desigualdades sociais, somadas ao despreparo em lidar com a longevidade, mais o envelhecimento será encarado como uma possibilidade de agravo à saúde.

Portanto, se por um lado é primordial o investimento em ações direcionadas à promoção do envelhecimento ativo, com a efetiva participação da população idosa, pois nesse processo pode ser considerado o binômio longevidade-qualidade de vida como o aspecto de grande relevância para um envelhecimento ativo. Por outro lado, se não houver um planejamento voltado para a longevidade, esta pode significar não apenas viver mais, mas também a possibilidade de potencializar algumas patologias crônicas, como câncer, diabetes ou Alzheimer.

Nesse contexto, podemos entender que não se trata apenas de pensar a longevidade como um envelhecimento sem doenças, numa visão puramente biológica, mas também, considerá-la com base num contexto social, ou mais adiante, numa visão holística,

que envolva aspectos biopsicossociais. A esse respeito, Quaresma (2005) mostra que o envelhecimento é um processo multifatorial, associado às questões sociais, culturais, econômicas e individuais, que mantém uma sintonia entre o sujeito e a sociedade em que vive. Ainda para a autora, o envelhecimento é um período muito desafiador, tanto para o indivíduo, como para a sociedade, e isso é reflexo de um acontecimento rápido, recente e complexo, pois, ao passo que envelhecemos, ganhamos a oportunidade de viver mais, bem como da possibilidade de novas experiências e convivências.

Nesse sentido, pensar na dimensão biológica é entender que o envelhecimento oferece a possibilidade de vivenciarmos alterações que são inevitáveis, como diminuição de taxas metabólicas, que acarreta em decréscimo de agilidade, perda de peso, alterações na pele, cabelos e órgãos dos sentidos. Portanto, a longevidade, do ponto de vista biológico, pode ser dividida em dois fatores: o intrínseco, que está relacionado aos aspectos pessoais de envelhecimento, como composição genética; e extrínsecos, que condizem com os fatores ambientais, ou seja, no modo como o indivíduo sobrevive no ambiente (BRINK; WILKING, 2001).

Já para Mercadante (2005), o envelhecimento não deve fixar-se apenas em contexto biológico, pois, se assim o fosse, não revelaria a existência do papel social formador do indivíduo. É necessário levar em consideração o aspecto social e a gama de relações que se estabelecem a partir da história, pois essa relação será primordial, tanto no processo de envelhecer como para manter a saúde psíquica do indivíduo (GATTO, 2005). Teixeira (2002) chama a atenção de que é a partir de uma visão coletiva, por meio dos grupos ao qual o indivíduo se constitui socialmente, que se pode explicar e entender os fenômenos do homem, sem deixar de lado a perspectiva da individualidade.

O fato é que, no Brasil, a longevidade na população acontece de modo rápido, o que exigirá melhores formas de adequação dessa nova faixa etária em condições de vida que permita o alcance de um envelhecimento saudável, em todas as suas dimensões. Assim, Minayo e Coimbra Júnior (2002) chamam atenção para o fato de que as pessoas, ao envelhecer, estão envolvidas por um contexto sociocultural que afeta, diretamente, a sua realidade e o modo como vivem, bem como ao fato de que o acirramento de desigualdades sociais pode interferir tanto sobre a sociedade como no indivíduo e no processo de envelhecimento.

Da mesma forma, é importante ressaltar que a longevidade deve significar para toda a população o desejo de viver de forma satisfatória e com saúde, bem como de completar uma etapa sem sofrimentos, com preservação da capacidade física e intelectual, assim como de ter a certeza de que, chegando ao envelhecimento, poderá participar de forma ativa no meio social, sendo amparado por políticas públicas que garantam seus direitos como cidadãos.

Relação da longevidade com o suporte familiar

Conforme discutido anteriormente, com o advento da longevidade na população mundial e, mais especificamente, na brasileira, viver mais se tornou uma realidade. Com isso, envelhecer significa que um processo multidimensional ocorrerá, envolvendo aspectos sociais, biológicos e psicológicos. Nesse sentido, Bosi (2007) afirma que o envelhecimento é um processo da vida humana que está apoiada em bases pessoais, pois essa é uma fase inevitável e natural do ser humano. Ainda para a autora, cada sociedade atribui um valor e um significado a esse processo, baseado na cultura à qual o indivíduo está inserido. Assim, em

países do Ocidente, frequentemente envelhecer significa ter a certeza de que uma fase muito difícil se aproxima, com tristeza, solidão e dependência.

No entanto, independente da cultura ou do lugar onde se vive e com a necessidade de novas modificações e tendências que o processo ligado à longevidade traz, o envelhecimento está apoiado por um conjunto de fatores e, principalmente, pelo suporte familiar, que ocupa uma importante função, fundamental para o amparo psicossocial ao indivíduo idoso. Dessa forma, o conceito de família, de acordo com Brasil (2004), está relacionado à uma gama de fatores, que vai desde os laços sanguíneos, passando por obrigações recíprocas, e somado ao fato de que o grupo familiar é formado por pessoas que devem ter uma relação mútua de respeito, afinidade e aliança.

Já para Angelo e Bousso (2001), a família pode ser entendida como um conjunto de pessoas que podem ou não morar juntos, para as quais são transmitidos uma gama de valores, crenças e práticas que interferem diretamente no comportamento e na situação de saúde de toda a família. Assim, o modo como a família encara o processo de envelhecimento vai influenciar na maneira como o idoso é percebido por ela, bem como no jeito como o idoso é tratado. A esse respeito, Genofre (2002) salienta que o cuidado dispensado aos idosos é função prioritariamente da família que ele se insere e, portanto, é importante que exista uma reflexão acerca de como está sendo a inserção da família no cuidado prestado ao idoso. E Flores et al. (2010, p. 472) entende que " o cuidado intergeracional com o idoso pode ser uma experiência prazerosa, ou não, dependendo das relações entre as pessoas, nas quais os significados atribuídos ao idoso e ao cuidado influenciam as atitudes de todas as gerações".

É importante que toda a família seja integrada no processo de envelhecimento, pois o ganho pode ser alcançado para a promoção da saúde da família como um todo. Embora ela possa ser considerada como um suporte, a família muitas vezes se vê diante de problemas e dificuldades que são inerentes ao ser idoso, como a depressão, a falta de trabalho, o sentimento de incapacidade etc. Assim, faz-se necessário que o grupo familiar entenda bem o contexto da longevidade e seja amparada por leis que assegurem esta etapa pois, conforme asseguram Wright e Leahey (2002), é importante que se mantenha no seio familiar o próprio conceito de família, que está vinculada pela união, laços emocionais e a certeza de que as pessoas desse grupo participam da vida uns dos outros.

Vale ressaltar que as relações sociais, e nesse contexto se insere a família, exercem uma influência fundamental para a promoção e manutenção da saúde do idoso, seja no âmbito físico ou emocional. Assim, a família deve ser compreendida como um sistema que pode acolher o idoso em sua totalidade. De acordo com Aguiar (2007, p.19) "diante do entendimento de família como sistema, percebe-se que cada um de seus membros possui suas características singulares que, interagindo, forma um todo, que é diferente e maior do que a mera soma de seus membros". Assim, a família constituída como grupo social faz parte de um eixo complexo, mas também fundamental para a vivência de qualquer indivíduo.

Ademais, diante do quadro de envelhecimento pelo qual passa o Brasil, a família foi posta em evidência para identificar as suas necessidades, dando destaque para o idoso em seu domicílio. No setor saúde, a realidade está ancorada na problemática da longevidade, uma vez que, com essa vicissitude, passam a emergir

maiores problemas sociais relacionados ao envelhecimento e, por isso, ao mesmo tempo em que se torna primordial a emergência de políticas públicas destinadas a esta crescente população, também é imprescindível pôr em questão estratégias que subsidiem o suporte às famílias.

Juntamente com essa discussão acerca do suporte familiar, há também a necessidade de um maior entendimento desse termo tão utilizado no mundo hodierno. Assim, Baptista e Oliveira (2004) compreendem o suporte familiar como a habilidade que a família possui de dispensar a seus componentes cuidado, atenção, empatia, afeto, carinho, entre outros. Corrobora, a esse respeito, Campos (2004) quando diz que o suporte familiar deve estar vinculado a sentimentos de valorização, amor, reconhecimento, proteção, e que esse conjunto de fatores contribui para o bem-estar psicológico dos indivíduos do grupo. Nesse sentido, pensar na longevidade e não associá-la ao suporte familiar é quase um paradoxo, pois a família pode e deve ser pensada como um forte influente, que ajuda a minimizar os riscos que o processo de envelhecimento traz para o indivíduo e para o grupo social no qual está inserido.

Nesse sentido, o processo de envelhecimento revela que se deve lançar um olhar sobre a família do idoso, pois se trata de uma etapa que envolve uma visão multidimensional. Assim, a família é o eixo norteador que assume grande parte da responsabilidade na assistência à saúde, tanto do idoso como dos outros membros. Destarte, com o cenário da longevidade como uma realidade efetiva, a família se torna um dos pilares essenciais na atenção à saúde e ao cuidado ao idoso, por isso é fundamental reconhecer a sua importância e perceber que os elos que ligam as pessoas de uma família interferem, substancialmente, sobre o

processo de envelhecer e, mais importante ainda, quando o indivíduo senil se torna dependente. A esse respeito, Ramos (2007) salienta que, com a ausência de suporte da família ao idoso, este passa a ter mais dificuldades para enfrentar e lidar com o processo de envelhecer e os fatores relacionados a essa etapa.

Já nos casos em que não há família, ou que esta não assume o idoso, este fica à mercê de alguma instituição de longa permanência, outras vezes quem assume o papel de ente da família é um amigo, vizinho ou cuidador. Esse quadro não é difícil de ser encontrado pelo Brasil afora, e tende a se agravar com a longevidade extrema, quando, no decurso da vida, as perdas familiares já se configuraram como realidade e o idoso se vê sozinho. Para Camargos, Machado e Rodrigues (2007), uma forma de amenizar essa situação é a ajuda do suporte social, que de acordo com Siqueira (2008, p. 381) "é apontado por estudiosos de diversas áreas do conhecimento como um fator capaz de proteger e promover a saúde". Ainda para Camargos, Machado e Rodrigues (2007), há uma necessidade emergente de políticas públicas eficazes, voltadas para essa demanda que surge e que precisa ser priorizada, bem como para as classes menos favorecidas, em que a realidade se configura de modo mais voraz.

Considerações finais

Buscou-se realizar uma discussão sobre família, suporte familiar, longevidade, e a relação entre longevidade e o suporte familiar, pois acreditamos que, com base na exposição realizada ao longo do presente capítulo e de posteriores estudos, pode-se traçar melhores intervenções para os idosos, bem como para suas famílias. Nessa sequência, alguns aspectos merecem ser lembrados:

não existe uma definição de família aceita de maneira consensual pelos pesquisadores da área, mas existem maneiras para compreender as peculiaridades que envolvem a temática. Nesse sentido, o conceito de família pode ser compreendido como uma rede de apoio que sustenta vínculos e afinidades necessárias à sobrevivência e, apesar de o suporte familiar ser um constructo de difícil operacionalização, ressaltamos que, na prática, ele possui efeitos essenciais na vida daqueles que recebem esse apoio, pois aumenta a qualidade de vida, produz uma sensação de cuidado e pertencimento, o que contribui para a manutenção e o desenvolvimento do bem-estar, auxiliando na existência e elevação da autoestima, principalmente durante o envelhecimento.

Para finalizar, algumas considerações merecem destaque, a saber, os estudos sobre o processo de envelhecimento, somados às contribuições do suporte familiar nessa etapa da vida, têm contribuído para chamar a atenção da sociedade para os problemas enfrentados pelos idosos e por suas famílias. Além disso, fica evidenciado que as mudanças promovidas pelo envelhecimento se desenvolvem de diferentes modos e ritmos nos indivíduos. Ademais, os estudos desse processo colocam em evidência uma discussão que pode levar o leitor a ter uma visão clara do verdadeiro significado da velhice e do apoio familiar.

É fundamental, também, considerar a importância dessas discussões para ratificar o valor das políticas públicas voltadas para o idoso na promoção e proteção dele, pois o Brasil é um país que já possui um grande número de pessoas idosas e se faz urgente que a sociedade reveja os seus conceitos em relação ao idoso. Ela precisa ter consciência de que o idoso pode participar efetivamente do meio social que o cerca, tendo sempre o apoio e o suporte familiar.

Referências

AGUIAR, J. E. **A experiência da corresidência para idosas em família intergeracional.** 2007. p. 106. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Paraná (UEP), Curitiba, 2007.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**. Brasília: MS, 2001.

AQUINO, R. R.; BAPTISTA, M. N.; SOUZA, M. S. Relação entre Percepção de Suporte Familiar e Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. **Revista Psicologia e Saúde**, v.3, n. 2, p. 30-38, 2011.

ARAUJO, C. K.; CARDOSO, C. M. C.; MOREIRA, P. E.; WEGNER, E.; AREOSA, S. V. C. Vínculos Familiares e Sociais nas Relações dos Idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, v. 1, p. 97-107, 2012.

BATISTA, M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Revista Psico-USF**, v.10, n.1, p.11-19, 2005.

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.14, n.3, p.58-67, 2004.

BARBOSA, C. G.; MELCHIORI, L. E.; NEME, C .M. B. O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos. **Revista Paidéia**, v.21, n.49, p.175-185, 2011.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 14. ed. São Paulo (SP): Companhia das Letras, 2007.

BRAMBILLA, B. B. **Percepção de Suporte Familiar de adolescentes em conflito com a lei.** 2012. p. 95. Dissertação (Mestrado) - Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade da Saúde, São Bernardo do Campo, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano nacional de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.** Brasília/DF: 2004.

BRINK, J. J.; WILKING, S.V. Aspectos espirituais do envelhecimento. In: REICHEL, W. (Coord.). **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. Tradução Marcelo Alves Chagas et al. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. p.125.

CAMARGOS, M. C.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.24, n.1, p.37-51, 2007.

CAMPOS, E. P. Suporte social e família. In: MELLO FILHO, J. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.141-161.

CRISAFULLIO, P. H. A. **O direito de família e a filosofia eudemonista.** 2011. p.51 Monografia (Graduação) - Universidade Presidente Antônio Carlos, Faculdade de Direito, Barbacena, 2011.

FACO, V. M. G.; MELCHIORI, L. E. **Conceito de família**: adolescentes de zonas rural e urbana. São Paulo: Cultura acadêmica, 2009. p. 222. [online]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/krj5p/07>. Acesso em: 13 ago. 2015.

FELIX, J. S. O planeta dos idosos. Entrevista de Alexandre Kalache, coordenador do programa de envelhecimento e longevidade da OMS. **Revista Fator**, São Paulo, São Paulo, Revista Fator, edição do Banco Fator, 2007.

FELIX, J. S. "Economia do Care" e "economia da longevidade": o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. **Revista Argumentum**, v.6, n.1, p.44-63, 2014.

GATTO, I. B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: NETTO, M. P. (Coord.). Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. 109-113.

GENOFRE, R. M. Família: uma leitura jurídica. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2002. p.39.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de vida entre idosos Segundo a Vulnerabilidade

social. **Revista Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 23, n.3, p.582-592, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI.** Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

KLÉBIS, D. A revolução da longevidade. **Revista Pré-Unifesp.** Velhice, n. 48, p.00-00, jun,/jul, 2015. Disponível em: <http://pre.univesp.br/a-revolucao-da-longevidade#.Vcktj_lViko>. Acesso em: 10 ago. 2015.

LEITE, M. T.; BATTISTI, I. D. E.; BERLEZI, E. M.; SCHEWERS, A. I. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v.17, n.2, p. 889-97, 2008.

MERCADANTE, E. F. Velhice: uma questão complexa**.** In: CÔRTE, B. (Coord.). **O envelhecimento e velhice:** um guia para a vida. São Paulo: Vetor, 2006. p.131-148.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 209 p.

OLIVEIRA, C. B. E.; ARAÚJO, C. M. M. A família-escola: intersecções e desafios. **Revista Estudos em Psicologia**, v.27, n.1, p.99-108, 2010.

QUARESMA, M. L. B. Envelhecimento: questões de gênero. In: CORTE, B. (coord.). **Complexidade**: velhice, envelhecimento. São Paulo: Vetor, 2005. p.21-47.

RAMOS, M. Impacto do status socioeconômico na saúde de idoso brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n.4, p. 616-24, 2007.

REIS, G. **A filiação Socioafetiva enquanto instrumento para a Concretização da Dignidade da Pessoa Humana.** 2008. p.102. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Paraná, Faculdade de Direito, Curitiba, 2008.

REIS, L. A.; TORRES, G. V.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H.; NOBRE, T. T. X. Avaliação do suporte familiar em idosos residentes em domicílio. **Revista Avaliação Psicológica**, n.10, n.2, p.107-115, 2011.

REIS, L. A.; TORRES, G. V.; XAVIER, T. T.; SILVA, R. A. R.; COSTA, I. K. F.; MENDES, F. R. P. Percepção do Suporte familiar em idosos de Baixa Renda e Fatores Associados. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 20, p.52-8, 2011.

SANTOS, N. O. **Família de idosos institucionalizados**: perspectivas de trabalhadores de uma instituição de longa permanência. 2013. p. 88. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria, 2013.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. **Revista Psicologia em Estudos**, v.13, n.2, p. 381-388, 2008.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. Associação entre suporte familiar e saúde mental. **Revista de Psicologia Argumento**, v.26, n.54, p.207-215, 2008.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos de promoção da saúde.** 2002. p.144. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Fiocruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2002.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O Cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, p.172-180, 2004.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

YAZBEK, M.C. **Classes subalternas e assistência social.** São Paulo: Cortez, 2003.

CAPÍTULO 5

SUPORTE SOCIAL E LONGEVIDADE: REFLEXÕES ACERCA DAS DEFINIÇÕES, TIPOS, REDES DE APOIO E IMPLICAÇÕES

Luana Araújo dos Reis
Elaine dos Santos Santana
Alessandra Souza de Oliveira
Luciana Araújo dos Reis

Introdução

A velhice é caracterizada por uma fase de várias perdas, porém essas perdas podem ser compensadas por um ambiente favorável, por oportunidades de convívio social, pela tecnologia e pelos esforços dos indivíduos (AMARAL et al., 2013). Por causa das perdas de pessoas de seu convívio, o idoso tende a ter uma redução nas relações sociais, no entanto cabe a ele evitar ou retardar seu afastamento social por intermédio de atividades socioculturais e educacionais.

O declínio biológico normal no processo de envelhecimento e o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade sustentam, de modo geral, uma concepção de velhice como período de decadência e improdutividade. Assim, como as alterações na saúde contribuem de modo considerável para o estreitamento da inserção social dos

idosos, as perdas sensoriais (déficits visuais e auditivos), os problemas ósteo-articulares, os déficits cognitivos, entre outros, são fatores que interferem na autonomia e independência dos que envelhecem, prejudicando a sua sociabilidade.

O apoio social pode ser definido como qualquer informação ou auxílio material oferecido por pessoas ou grupo(s) que se conhecem e que conferem, como resultado dessa interação, efeitos emocionais ou comportamentos positivos (AREOSA; BULLA, 2010). Pode ser classificado, de acordo com a sua função, em emocional, de informação ou material (ou instrumental) (VALLA, 2000).

A interação social vivenciada na terceira idade colabora para o exercício de sua cidadania e também para que o indivíduo se sinta valorizado e inserido no meio social. Além disso, o idoso passa a ter a sensação de pertencimento a um grupo social, para o qual pode contribuir de maneira significativa, utilizando-se de sua experiência e conhecimentos. No entanto, deve-se ter claro que a interação social não ocorre somente em espaços públicos, mas em qualquer ambiente, seja familiar, igreja, enfim, em todo local em que há respeito e valorização da pessoa idosa (PINTO et al., 2006).

As redes de apoio social também são muito importantes e necessárias para a manutenção da saúde emocional ao longo de todo o ciclo de vida. Entretanto, em seu decorrer, vão sofrendo transformações na sua estrutura, de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Algumas das mais importantes funções dessas redes de apoio social, para o envelhecimento, são: criar novos contatos sociais; fornecer e receber apoio emocional; obter garantia de que são respeitados e valorizados; manter sentimento de pertencimento a uma rede de relações comuns; e fornecer suporte para aqueles idosos que sofreram perdas físicas e sociais (NERI, 2008).

Há ligação entre contato social, apoio e longevidade para o idoso. Os idosos que mantêm maior contato com amigos e familiares provavelmente vivam por mais tempo do que aqueles que se abstêm desses relacionamentos. É importante que a família proporcione ao idoso alternativas de interação social, ampliando os contatos sociais, pois estes promovem a sensação de conexão e bem-estar, o que auxilia na adaptação à fase de envelhecimento. "Se, por um lado, os vínculos familiares são sentidos como importantes mantenedores de segurança emocional, por outro, relações fraternas, sem grau de parentesco, reforçam a interação social" (TORRES et al., 2012).

Constata-se, assim, que cabe à rede social as relações de dar e receber apoio nos aspectos afetivo-emocional, material e de informações, sendo a quantidade de relacionamentos menos importante que o apoio recebido, o que faz do suporte social um recurso sociopsicológico para enfrentar os acontecimentos ao longo da vida (FIORI; SMITH; ANTONUCCI, 2007).

Sumarizando, as funções das redes de suporte social para os idosos são, conforme Neri (2008): dar e receber apoio emocional, material e em informações; auxiliar na manutenção da identidade social; encontrar e estabelecer novos contatos sociais; acreditar que são cuidados e amados; encontrar sentido nas novas experiências; avaliar as próprias realizações e habilidades; manter a autoestima, a autoimagem e aprender sobre si mesmo.

Definições de suporte social

Em alguns estudos epidemiológicos (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; DOMINGUES et al., 2012), o suporte social foi definido como um número de contatos sociais mantidos por uma

pessoa e que são extensivos à rede social de trabalho. Assim, também Cobb (1976) definiu suporte social como pertencente a uma rede de trabalho social de comunicação e obrigação mútua. Nessa rede são consideradas as pessoas em quem realmente se pode confiar, que se preocupam e que amam. Domingues (2004) define suporte social como qualquer *input* recebido de um indivíduo ou grupo, o que faz com que o receptor desse *input* siga em direção do seu desejo. Esta definição inclui não só todo o tipo de suporte informal, mas também alguns tipos de suporte formal, como os benefícios sociais e comerciais, assim como os tratamentos recebidos por médicos ou psicoterapeutas.

Lin (1986) define o suporte social como o apoio acessível a um indivíduo, por meio dos elos sociais com outros indivíduos, grupos e com o conjunto da comunidade. A definição anterior poderá ser completada por House (1998), que refere tratar-se de uma transação interpessoal, que inclui um ou vários dos elementos seguintes: solicitude de ordem emocional, como a amizade, o amor e a empatia, ajuda concreta de bens e serviços, informação sobre o ambiente e avaliação da informação pertinente por autoavaliação. Esta definição, assemelha-se à de Domingues (2004), que diz que o apoio social é o conjunto das relações interpessoais do indivíduo que procura um vínculo afetivo, como a simpatia, a amizade e o amor, uma ajuda prática instrumental ou financeira, mas também informações e avaliações relativas à situação que o ameaça.

Segundo Bowling (1997), suporte social pode ser definido como um processo interativo no qual ajudas de ordem emocional, instrumental ou financeira são obtidas de redes sociais. Na visão de Guedea et al. (2006), existe diferentes tipos de apoio que alguém pode receber da rede social, sendo três os mais

amplamente estudados: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional. Suporte emocional refere-se ao que as pessoas fazem ou dizem a alguém (dar conselhos, ouvir seus problemas, mostrar-se empático e confiável) e é percebido como expressão de carinho, cuidados e preocupação do outro. Suporte instrumental compreende as ajudas tangíveis ou práticas que outros (pessoas ou instituições) podem prover a alguém (cuidados com crianças, provisões de transporte, empréstimos de dinheiro ou ajudas com tarefas diárias). Suporte informacional inclui receber de outras pessoas noções indispensáveis para que o indivíduo possa guiar e orientar suas ações ao dar solução a um problema ou no momento de tomar uma decisão.

Suporte social define-se, grosso modo, como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós" (SARASON et al., 1983). Cobb (1976), num texto clássico, define suporte social como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Para Campos (2010), suporte social é uma forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário, que permite ao sujeito sentir-se protegido, permitindo que o estresse seja diminuído, o que proporciona o bem-estar psicológico.

A perspectiva de que o suporte social é multidimensional é relativamente consensual na literatura, assim, sobressaem também os aspectos diferentes desse suporte, que têm um impacto distinto nos indivíduos ou grupos. O suporte social como um constructo multidimensional integra vários aspectos estruturais, como a rede social e o apoio recebido e percebido (PEREIRA; CARVALHO, 2012). O suporte social recebido diz respeito ao suporte que foi objetivamente recebido por alguém, correspondendo ao suporte social percebido pelo apoio que o indivíduo tem disponível, caso precisar dele. Sarason et al. (1983) salientam que, apesar de na literatura se identificarem várias facetas do suporte social, os resultados dos estudos empíricos não apontam para diferenças relevantes, captando-se antes que a percepção de disponibilidade de apoio e a satisfação com o mesmo são os componentes principais. Essa perspectiva está subjacente à construção do instrumento desenvolvido por Sarason et al. (1983) para avaliar o suporte social, o qual é utilizado no presente trabalho na sua versão reduzida.

Segundo Resende (2010), o apoio social diz respeito a um sistema de relações formais e informais por meio do qual os sujeitos recebem ajuda emocional, material ou de informação para enfrentarem as situações geradoras de tensão emocional.

Couto et al. (2010) caracteriza a presença de rede quando o indivíduo mantém contatos com outros indivíduos que possam ser determinados em número, frequência, composição familiar, atividades sociais, voluntárias e, além disso, em qualidade dos vínculos estabelecidos. A rede afetiva e social está intrinsecamente ligada à habilidade individual de "lidar com as demandas e os problemas da vida diária", cujo aspecto mais importante é requerer "adaptações contínuas".

Com isso, evidencia-se a relação da rede afetiva e social com o desenvolvimento do indivíduo, já que as transformações em seu ambiente e as habilidades que sua rede lhe ensina não permitem que seu repertório seja sempre constante. O desenvolvimento pessoal diz respeito à efetividade dos meios pelos quais a aprendizagem ocorre e à aquisição no repertório individual de padrões de conduta.

Tipos de suporte social

Singer e Lord (1984) esclarecem que o suporte social pode ser informacional, emocional ou material e, em termos de quem o fornece, pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos: pode ser relativamente formal, fornecido por organizações e associações, como grupos religiosos, ou organizações não governamentais de base comunitária; bem como pode ser do tipo profissional, em termos de consulta ou terapia. No âmbito específico da saúde e das doenças, Kessler, Price e Wortman (1985) explicam que suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos deletérios do *stress*. Essa variável é muito abrangente, pois engloba um grande conjunto de componentes e de aspectos, recorrendo a procedimentos de avaliação muito diversos.

Dunst e Trivette (1990) distinguem duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja etc.), que são passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia a dia, em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. As redes de suporte social formal

abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

As relações sociais formais e as informais são as duas dimensões que compõem a estrutura das relações sociais. A estrutura é formada pelos indivíduos com quem se tem uma relação interpessoal e pelas ligações entre esses indivíduos. As relações formais são relações mantidas por causa da posição e dos papéis assumidos na sociedade.

Já as relações sociais informais, também denominadas redes sociais, são compostas por todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade etc.) e ligações entre indivíduos com quem se tem uma relação familiar próxima ou com envolvimento afetivo. A estrutura das relações sociais pode ser caracterizada sob diferentes aspectos, como número e tipo de relações, frequência de contatos, duração dos contatos, diversidade, densidade e reciprocidade.

Os autores acima citados sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados. Os componentes identificados são: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais), componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte, como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte, como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), componente estrutural (proximidade física, frequência de contatos,

proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência) e componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida).

Weiss (1974) propunha seis dimensões do suporte social: intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação. Dunst e Trivette (1990) apresentam as seguintes dimensões de suporte social, que consideram ter se mostrado importantes para o bem-estar:

1. Tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social;
2. Existência de relações sociais, abrangendo desde as relações particulares, como o casamento, até as gerais, como as que decorrem do pertencimento a grupos sociais, como clubes;
3. Frequência de contatos, para designar quantas vezes o indivíduo se relaciona com os membros da rede social, tanto em grupo como face a face;
4. Necessidade de suporte, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo;
5. Tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes;
6. Congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita;
7. Utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita;
8. Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita;
9. Reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e o fornecido;

10. Proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social;
11. Satisfação, que exprime a utilidade e o nível de ajuda percebido pelo indivíduo perante o suporte social.

Serra (1999) identifica, com base em vários autores, seis tipos de suporte social: *apoio afetivo* – contribui para que o indivíduo se sinta estimado e aceito, independentemente dos seus defeitos, e aumenta a sua autoestima; *apoio emocional* – remete para os sentimentos de apoio e segurança recebidos, que ajudam a pessoa a ultrapassar os problemas; *apoio perceptivo* – pretende-se ajudar a pessoa a reavaliar o seu problema e a dar-lhe outro significado; *apoio informativo* – refere-se a informações e aos conselhos que auxiliam o sujeito na compreensão de situações complexas e que o ajudam a tomar decisões; *apoio instrumental* – diz respeito ao auxílio objetivo que a pessoa recebe (ajuda material ou de serviços) e que contribui para a resolução do problema; *apoio de convívio social* – remete ao convívio por meio de atividades de lazer e culturais que ajudam a aliviar tensões, fazendo com que a pessoa participe de determinada rede social e se sinta integrada.

Resende (2010) enfatiza que três desses tipos de suporte tem maior destaque e são os mais estudados. São eles: o suporte emocional, o suporte instrumental e o suporte informacional. Para o autor, o primeiro tem relação com o que as pessoas dizem umas às outras em aconselhamentos ou ao ouvir os seus problemas e são notadas como preocupação, carinho e cuidado. O segundo caracteriza-se pela ajuda prática que pessoas ou, até mesmo, instituições oferecem em ações, como cuidar de crianças, tarefas

domésticas, transporte ou dinheiro. O último suporte é compreendido, por ele, como indicações e informes indispensáveis que são transferidos aos sujeitos para solucionar problemas e auxiliar na tomada de decisões.

Redes de apoio social

É importante diferenciar rede social de apoio social; as redes sociais são definidas como "teias" de relações sociais que circundam o indivíduo (por exemplo, disponibilidade e frequência de contato com amigos e parentes), ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações sindicais). Dessa forma, a função das redes sociais são as interações interpessoais que ocorrem dentro da estrutura dessas redes.

Em sua pesquisa Bertoldo (2012) remete-se a alguns autores que afirmaram ser comum a equiparação dos termos relações sociais com suporte social, por causa das relações sociais originarem-se com base nas interações com outros indivíduos. No entanto, esses autores ressaltam a diferença entre os termos, pois o conceito de relações sociais é mais amplo e nem toda interação social assegura o apoio.

É o que ratifica Campos (2010) ao alegar que, por mais amplo que seja o conceito de suporte social e que as interações entre pessoas, grupos e redes resultem em benefícios, não é suficiente apenas fazer parte de uma rede social para caracterizar o apoio, é necessário que essa rede proporcione um relacionamento que ofereça suporte para as carências do indivíduo.

As redes sociais formadas por familiares e amigos significativamente abalam os efeitos do estresse nos indivíduos

mais velhos, elas oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Com isso, temos que ficar atentos à maneira como está nossa rede social e a importância dela em nossas vidas.

O conceito de redes foi originalmente criado e desenvolvido no âmbito da sociologia antropológica. Sociólogos defendem a noção de que as redes têm algum poder sobre o comportamento social das pessoas nelas envolvidas (MITCHELL, 1969). A importância das redes na construção social reside no pressuposto de que elas preenchem as necessidades individuais, criando para seus integrantes inúmeras oportunidades para manter sua identidade social, receber apoio, ajuda material, serviços, informações e novos contatos sociais (WALKER, MACBRIDE, VACHON, 1977; BERKMAN, 1995). Redes são definidas como uma teia identificada de relações sociais que circunda um indivíduo, bem como as características dessas ligações, compondo-se do conjunto de pessoas com quem alguém mantém contatos sociais (BOWLING, 1997). As redes são as fontes donde emanam suportes sociais para seus integrantes.

Define-se a função das redes sociais como as interações interpessoais que ocorrem dentro da estrutura dessas redes. A função (apoio social propriamente) abrange aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e compreende quatro tipos: (1) apoio emocional, que envolve expressões de amor e afeição; (2) apoio instrumental ou material, que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda nos trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; (3) apoio de informação, que compreende informações (aconselhamentos, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com

problemas e resolvê-los; e (4) interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (DUE et al., 1999).

Ao longo de todo ciclo vital observamos que as redes de apoio social vão constituindo-se de formas diferentes, por exemplo, na fase adulta inicial (dos 20 aos 40 anos) é comum termos grandes teias de relações, principalmente por estarmos na fase produtiva da vida. Já na velhice é possível notar duas possibilidades: na primeira encontramos, muitas vezes, uma diminuição das redes sociais, por causa do falecimento de pessoas queridas, distanciamento de amigos e mudanças na estrutura familiar, na segunda possibilidade nota-se idosos que conseguem, nessa fase da vida, ampliar suas relações, participando e construindo vários laços sociais.

O contexto familiar representa, pois, um elemento fundamental para o bem-estar dos idosos, que encontram nesse ambiente apoio e intimidade para as diferentes situações com que se deparam, relações que asseguram um espaço de pertencimento com os familiares. A família contemporânea vem sofrendo transformações em relação ao surgimento de novos papéis e a longevidade tem proporcionado a convivência entre essas gerações, encontrando-se até quatro gerações em uma mesma residência. Esse panorama demonstra que a família, apesar das mudanças perante diversas situações, continua sendo um local de extrema importância para nutrir afetos e proteção aos idosos (ARAUJO, 2010).

A construção de uma rede de apoio entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde representa uma estratégia fundamental para auxiliar no desenvolvimento do cuidado (BRONDANI et al., 2010).

O apoio em rede auxilia o idoso e a família nos cuidados de saúde, afazeres domésticos, questões financeiras e administrativas, o que configura essas redes de relações como fontes importantes de bem-estar e suporte social (WICHMANN et al., 2013; DUARTE et al., 2014)

Assim, os vínculos que os idosos estabelecem no decorrer da vida são formados pelo grupo familiar, e por amizades na comunidade onde moram. Essas relações propiciam uma sensação de pertencimento e têm sido reconhecidas como o aspecto fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida. Essas redes de apoio ajudam os idosos durante seu processo de envelhecimento, assegurando maior autonomia, independência, bem-estar e saúde (TRIADO; VILLAR, 2007).

A manutenção dos vínculos costumeiros, sua perda e a formação de novos vínculos (o que implica em novos contatos e, por consequência, no surgimento de uma rede parcialmente modificada) têm relação com os valores cultivados pelo indivíduo e com seus objetivos, em determinada fase de desenvolvimento de sua vida. Nestes termos, existem duas fases: a busca de informações e a busca de trocas afetivas. Obviamente, qualquer pessoa, em qualquer faixa etária busca as duas fases, mas o foco em questão é a intensidade desse processo. Para Neri (2008), o jovem busca mais informações do que trocas afetivas, pois suas necessidades envolvem a construção de um referencial dos aspectos formais de sua vida. Na velhice, as trocas afetivas são prezadas, pois seu referencial é relativamente mais estável do que na juventude. Mas as razões dessa inversão de objetivos não se resumem a isso. Ainda para a autora, ser velho implica em não ter mais disponibilidade para o aprendizado efetivo, trocas de informações e até apoio social, após anos de dependência de sua rede.

Um estudo realizado por Jesus et al. (2013) demonstrou que quando o idoso sente-se cuidado revela sentimentos positivos que podem influenciar na recuperação de sua autonomia, por exemplo, na realização de atividades diárias. Corroborando essa afirmativa, Wichmann et al. (2013), ao pesquisar idosos que frequentavam grupos de convivência, constata que estes grupos, além de uma maneira de inclusão e interação social, são uma forma de resgate da autonomia, melhora da autoestima, senso de humor, bem-estar e qualidade de vida.

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida. Dessa forma, essas redes são muito importantes na velhice, principalmente quando é necessário se adaptar às mudanças decorrentes do envelhecimento.

O apoio social auxilia na visão que o idoso tem em relação à satisfação de sua vida, já que esta pode ser influenciada pelo modo como as pessoas se sentem com os relacionamentos interpessoais. Além disso, o suporte social estimula o senso de controle e a autoeficácia do idoso e essa aquisição do apoio social, por sua vez, depende de competência social ou de habilidades sociocognitivas.

O apoio social, nas suas diferentes vertentes, relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico e com a saúde mental, associando-se à redução do risco de mortalidade, bem como está negativamente relacionado com a depressão, o *stress* e com a sintomatologia física (GUEDEA et al., 2006).

Em uma pesquisa portuguesa sobre a percepção de qualidade de vida e suporte social, desenvolvida na cidade de Algarve, com 60 pacientes da rede de cuidados domiciliares, foi demonstrado que a percepção de apoio emocional tem relação com a qualidade

de vida. Ter relações de proximidade e intimidade com familiares ou amigos influencia na compreensão de qualidade de vida social (DUARTE et al., 2014).

Implicações do suporte social no envelhecimento

A maioria dos autores ressalta que relações sociais satisfatórias parecem promover melhores condições de saúde. Segundo Ramos (2002), os mecanismos pelos quais este efeito é exercido ainda não são totalmente conhecidos. Sugere-se que a ajuda recebida e a ajuda oferecida contribuem para um senso de controle pessoal e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico.

O apoio social auxilia na visão que o idoso tem em relação à satisfação de sua vida, já que esta pode ser influenciada pelo modo como as pessoas se sentem com os relacionamentos interpessoais. Além disso, o suporte social estimula o senso de controle e a autoeficácia do idoso e essa aquisição do apoio social, por sua vez, depende de competência social ou de habilidades sociocognitivas (ANTONUCCI, 2001).

A literatura sobre apoio social e rede de relações sociais na velhice propõe que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e, principalmente, com amigos da mesma geração, favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos; os relacionamentos entre amigos idosos são particularmente benéficos, porque são de livre escolha e assim mais funcionais ao atendimento das necessidades afetivas dos envolvidos; a qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos, para as relações sociais e para a saúde fisica e mental; as relações sociais entre as mulheres são qualitativamente superiores às dos homens porque elas têm mais habilidades interpessoais, são mais calorosas e

capazes de estabelecer relações de intimidade (CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Pode-se supor que o idoso que conta com uma rede de apoio social tende a ser socialmente mais competente, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos. Por outro lado, idosos saudáveis que vivem em asilos, por carecerem de apoio social, podem apresentar deficiências em habilidades sociais, além de baixa qualidade de vida e, consequentemente, níveis mais elevados de depressão (CARNEIRO et al., 2007).

Ter um grupo de referência é imprescindível para o idoso, pois propicia motivação e suporte emocional. As relações sociais são uma forma de engajamento, de vivenciar essa fase com qualidade de vida, podendo compartilhar seus sentimentos e conhecimentos. Estudo revela que as atividades mais realizadas e comentadas pelos idosos do Brasil e da Espanha têm relação com sociabilidade (WICHMANN et al., 2013).

Muitos autores enfatizam que as relações sociais levam a um melhoramento da saúde, entretanto outros argumentam que o suporte social pode também provocar resultados negativos (ALVARENGA et al., 2011), que podem existir em função da excessiva assistência ou dependência em relação a poucas pessoas que possam ajudar. No entanto, predomina o argumento favorável à ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, influenciando de maneira positiva no bem-estar psicológico, como observado em pessoas casadas, que apresentam melhor saúde que outras com

outros estados civis (INOUYE et al., 2010). Há também os que enfocam diferenças em termos de saúde por classes sociais e por tipos de grupos raciais, enfatizando desvantagens em termos do sistema de saúde experimentado pelas minorias raciais (ROSA; CUPERTINO; NERI, 2009; INOUYE et al., 2010).

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou, até mesmo, promover a saúde física e mental (INOUYE et al., 2010). Seus efeitos positivos estão associados à utilidade de diferentes tipos de suporte fornecido pela família (emocional ou funcional). Na presença do suporte social, espera-se que as pessoas idosas se sintam amadas e seguras para lidar com problemas de saúde e que tenham alta autoestima (RIO, 2009).

Em diversos estudos as redes de suporte social foram vistas como fator de influência na percepção de saúde dos idosos. A família tem destaque como principal suporte e foi destacada pelos sujeitos como um alicerce para suas vidas. Em uma pesquisa realizada com mulheres idosas, com o objetivo de compreender suas vivências e necessidades, foi possível perceber que a ausência de suporte familiar tem influência negativa em suas vidas, desmotivando-as e tornando-as mais vulneráveis, pois deixam de sentir o cuidado e o afeto de pessoas a quem elas atribuem grande importância. Dessa forma, a família é caracterizada como fundamental no processo de suporte no envelhecimento, já que, ao estar presente, tem o sentimento de valorização da vida mas, no entanto, se ausente, há falta de perspectiva (MERIGHI, 2013).

Os estudos que têm se debruçado sobre a relação entre suporte social e saúde englobam em quatro grandes categorias (SINGER; LORD, 1984):

1- **O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*** – Agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o *stress* afete negativamente o indivíduo, ao passo que a fraca afirma que o *stress* afeta toda a gente, mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. O suporte social é visto como mediador ou moderador do *stress*;

2- **A não existência de suporte social é fonte de *stress*** – Considera que a falta de suporte social é, por si só, geradora de *stress*;

3- **A perda de suporte social é um estressor** – Considera que, se tem suporte social e o perde, o *stress* surge;

4- **O suporte social é benéfico** – É uma perspectiva, de certo modo, oposta às anteriores, pois considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e com melhores condições para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fontes de *stress*.

Carneiro et al. (2007) acreditam que idosos que contam com uma rede de apoio social podem ser mais socialmente competentes do que aqueles que têm apenas o apoio familiar e de alguns amigos, porém, ressaltam que é necessário distinguir apoio social de interação social, já que nem todo relacionamento oferece apoio, configurando-se apenas vínculos desagradáveis e estressantes. Segundo Couto et al. (2010), um bom suporte social influencia positivamente o comportamento dos idosos em aspectos como melhoria nas atitudes com a própria saúde, redução no risco

de mortalidade, boa saúde mental, dietas alimentares adequadas, reciprocidade nas relações sociais e possibilidade de escolha no provedor da assistência.

Nesse sentido, os laços sociais estabelecidos com parentes e amigos são imprescindíveis para a promoção de um envelhecimento saudável, ou seja, "[...] dispor de uma rede social e receber ajuda dos indivíduos que pertencem a essa rede beneficiam a saúde e o bem-estar" (CORNWELL et al., 2009). Sobre isso, Couto et al. (2010) citam alguns achados: em 2005, de Bourke et al., que associa apoio a uma melhor habilidade cognitiva; Garcia et al., em 2004, que relaciona o efeito da rede de apoio social à saúde mental; e Rodriguéz-Artalejo, em 2004, sobre os laços sociais como redutores de risco de depressão em idosos e como promotores de autoconfiança. Portanto, obter apoio das pessoas do grupo reforça seu sentimento de pertença, contribuindo para a sua regulação emocional.

Os idosos de uma pesquisa demonstraram ter autopercepção ruim de sua saúde ao relatarem que raramente ou nunca têm alguém com quem pudessem contar, em caso de doença ou estarem acamados. Essa associação negativa de autoavaliação da saúde com a inexistência de suporte social é comum e confirma estudos anteriores que afirmaram existir um conjunto de fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam na compreensão de saúde, e entre eles ganham destaque as relações sociais como fundamentais para manutenção ou promoção de saúde mental e física nos idosos (ALVARENGA et al., 2011; BORGES; SEIDL, 2012; NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012).

Considerações finais

Pode-se supor que o idoso que conta com uma rede de apoio social tende a ser mais socialmente competente, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos. Por outro lado, idosos saudáveis que não possuem uma boa rede de suporte social podem apresentar deficiências em habilidades sociais, além de baixa qualidade de vida e, consequentemente, níveis mais elevados de comprometimento das condições de saúde.

O envelhecimento satisfatório é dependente do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, e essa etapa da vida pode ser auxiliada pelas redes sociais de apoio. A rede de apoio social, associada a outras, podem auxiliar na resiliência do idoso. A tríade da força psicológica da resiliência é composta por: fatores individuais, fatores familiares e fatores de suporte. Esses três polos de proteção favorecem a resiliência porque melhoram a autoestima e a autoeficácia, e abrem novas possibilidades para o sujeito.

Um suporte social adequado, tanto macro (políticas públicas), quanto no núcleo familiar, devem ser estruturados e viabilizados para suprir as necessidades dos idosos e para melhorar a sua qualidade de vida. A presença de redes de apoio, suporte financeiro digno e transporte de qualidade são alguns elementos necessários à construção de uma melhor condição de vida.

Referências

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A. R.; AMEDOLA, F.; FACCEDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2603-2611, 2011.

AMARAL, F. L. J. S.; GUERRA, R. O.; NASCIMENTO, A. F. F.; CAVALCANTI MACIEL, A. C. C. Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. **Epidemiologia, Serviço e Saúde**, v.22, n.2, p. 335-46, 2013.

ANTONUCCI, T. C. Social relations: ver examination of social networks. In: BIRREN, J. E.; SCHAIE, K.W. (Eds.). Handbook of the Psychology of Aging. San Diego: Academic Press. p. 427-453. In: RABELO, D. F.; NERI, A L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudos**, v.10, n.3, p.403-412, 2005.

ARAUJO, E. N. P. Intervenções Psicogerontologicas na Promoção de Envelhecimento Bem-Sucedido. In: MALAGUTTI, W; BERGO, A. M. A. (Org.). **Abordagem Interdisciplinar do Idoso.** Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p. 67-76.

AREOSA, S. V. C.; BULLA, L. C. Contexto social e relações familiares: o idoso provedor. In: AREOSA, S. (Org.). **Terceira idade na UNISC**: novos desafios de uma população que envelhece. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010. p.108-129.

BERKMAN, L. F. The role of social relations in the health promotion. **Psychosomatic Medicine**, v.57, n.3, p.245-254, 1995.

BERTOLDO, D. M. **Suporte social e autoeficácia em idosos**. 2012. 84f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Metodista de São Paulo. UMESP, São Bernardo do Campo, SP, 2012.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Percepções e Comportamentos de Cuidados com a Saúde Entre Homens Idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.32, n.1, p.66-81, 2012.

BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University, 1997.

BRONDANI, C. M.; BEUTER, M.; ALVIN, N. A. T.; SZARESKI, C.; ROCHA, L. S. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto e Contexto em Enfermagem,** v.19, n.3, p.504-10, 2010.

CAMPOS, E. P. Suporte Social e família. In: MELLO. FILHO, J.; BURD, M. (Orgs). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 141-162.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia, Reflexão e Critica**, v.20, n.2, p. 229-237, 2007.

CARNEIRO, R. S., FALCONE, E. M. O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em estudos,** v.9, n.1, p.119-126, 2004.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314, 1976. In: CARNEIRO, R S et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em

idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia, Reflexão e Critica,** v.20, n.2, p.229-237, 2007.

CORNWELL, B.; SCHUMM, L. P.; LAUMANN, E. O.; GRABER, J. Social Networks in the NSHAP Study: rationale, measurement, and preliminar findings. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.64, Suppl1, p.47-55, 2009.

COUTO, M. C. P. P. et al. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagramada escolta – para idosos brasileiros. **Universitas Psychologica**, v.7, n.2, p.493-505, 2010.

DEL DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p.113-20, 2011.

DOMINGUES, M.A. **Mapa mínimo de relações**: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. 2004. p. 114. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2004.

DOMINGUES, M. A.; ORDONEZ, T. N.; TORRES, M. J.; BARROS, T. C. de; LIMA-SILVA, T. B.; BATISTONI, S. S. T.; MELO, R. C. D. E.; LOPES, A.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. Rede de Suporte Social de Idosos do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n.7, p.33-51, 2012.

DUARTE, A.; NATÉRCIA, J.; LAPA, F.; NUNES, C. Qualidade de vida e suporte social dos utentes da rede cuidados domiciliários. **Psicologia, saúde & doenças, Sociedade**

Portuguesa de Psicologia da Saúde, v.15, n.3, p.623-634, 2014.

DUE, P.; HOLSTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med**, v.48, p.661-73, 1999.

DUNST, C.; TRIVETTE, C. Assessment of social support in early intervention programs. In: MEISELS, S.; SHONKOFF, J. (Edts.) **Handbook of early childhood intervention**. New York: Cambridge University Press, 1990. p. 326-349.

FIORI, K. L.; SMITH, J.; ANTONUCCI, T.C. Social Network Types Among Older Adults: a multidimensional approach. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.62, n.6, p.322-30, 2007.

GUEDEA, M. T. D.; ALBUQUERQUE, F. J. B.; TRÓCCOLI, B. T.; NORIEGA, J.A.V.; SEABRA, M.A.B.; GUEDEA, R.L.D. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicologia, Reflexão e Critica**, v.19, n.2, p.301-8, 2006.

HOUSE, J. S.; ROBBINS, C.; METZNER, H. L. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health Study. **Am J Epidemiology,** v.116, p. 123-40, 1998.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.3, p.582-592, 2010.

JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B.; CALDEIRA, S.; OLIVEIRA, D. M.; SOUTO, R. Q.; PINTO, M. A. Cuidar da

mãe idosa no contexto domiciliar: perspectiva de filhas. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v.22, n.4, p.1081-8, 2013.

KESSLER, R.; PRICE, R.; WORTMAN, C. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. **Annual Review of Psychology**, v.36, p.531-572, 1985.

LIN, N. Conceptualizing social support**.** In: LIN, N.; DEAN, A.; ENSEL, W. (Eds.). **Social support, life events and depression**. London: Academic Press, 1986. p. 17-18.

MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; SOUTO, R. Q.; THAMADA, A. A. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.408-14, 2013.

MITCHELL, J. C. The concept and use of social network. In: MITCHELL, J. C. (Ed.). **Social networks in urban situations**: analysis of personal relationships in central African towns. Manchester: University, 1969. p. 29-42.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Alinea, 2008.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.2, p.415-28, 2012.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em Psicologia**, v.20, n.2, p.369-383, 2012.

PINTO, J. L. G.; GARCIA, A. C. O.; BOCCHI, S. C. M.; CARVALHAES, M. A. B. L. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 753- 764, 2006.

RESENDE, M. C.; FERREIRA, A. A.; NAVES, G. G.; ARANTES, F. M. S.; ROLDÃO, D. F. M.; SOUSA, K. G.; ABREU, S. A. M. Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.22, n.3, p. 591-608, 2010.

RIO, M. C. Construção de novas formas de sociabilidade no processo de envelhecimento e na velhice. In: RIO, M. C. (Org.). **Perspectiva social de envelhecimento**, 11-20. São Paulo, SP: Fundação Padre Anchieta, 2009.

ROSA, F. H. M.; CUPERTINO, A. P. F. B.; NERI, A. L. Meanings of successful aging, self rated health and perceived social support in community dwellling elderly. **Geriatria & Gerontologia**, v.3, n.2, p.62-69, 2009.

SARASON, I. G.; LEVINE, H. M.; BASHAM, R. B.; SARASON, B. R. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.44, n.1, p. 127-139, 1983.

SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Ed. do Autor, 1999.

SINGER, J. E.; LORD, D. The role of social support in coping with chronic or life-threatning illness. In: BAUM, A.; TAYLOR, S.; SINGER, J. (Edtrs.) **Handbook of psychology and health.** New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, 1984. v. IV. p. 269-278.

TORRES, M. J. et al. Características de rede de suporte social masculina e feminina no quadrante família do Mapa Mínimo de Relações Sociais do Idoso-MMRI, de estudantes frequentadores de Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n.7, p.53-70, 2012.

TRIADO, C.; VILLAR, F. (Org.). **Psicologia de lavejez**. Madrid: Alianza, 2007.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface Revista Saúde e Educação**, v.4, n.7, p.37-56, 2000.

WALKER, K.; MACBRIDE, A.; VACHON, M. L. S. Social support, networks and the crisis of bereavement. **Social Science and Medicine**, v. 11, p. 34-41, 1977.

WEISS, R. The provisions of social relations. In: RUBIN, Z. (Ed.). **Doing unto others**. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall, 1974.

WICHMANN, F. M. A.; COUTO, A. N.; AREOSA, S. V. C.; MONTAÑÉS, M. C. M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, n.4, p.821-832, 2013.

CAPÍTULO 6

RELAÇÕES DE CUIDADO ENTRE FAMILIARES CUIDADORES E IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Valeria Alves da Silva Nery
Luciana Araújo dos Reis

Introdução

O aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de natalidade constituem fenômenos que vêm contribuindo para o crescimento do índice de envelhecimento mundial ao longo dos tempos. No entanto, é nessa fase da vida que as doenças crônicas se desenvolvem com maior facilidade, comprometendo a capacidade funcional do idoso e tornando-o dependente de cuidados (STRAUB, 2005; NASSIF; HUPE; SALBEGO, 2005).

O envelhecimento caracteriza-se como um fenômeno inerente a vida; é um processo dinâmico, progressivo, inevitável, com ritmo e características próprias em cada pessoa, que implica alterações morfofisiológicas, acompanhada por repercussões familiares, sociais e econômicas. Em virtude das mudanças funcionais, somadas ao estilo de vida, o contexto socioambiental e a possível predisposição genética, a pessoa idosa está mais vulnerável a transtornos crônico-degenerativo ou a comorbidades que outros grupos etários (STRAUB, 2005; NASSIF; HUPE; SALBEGO, 2005).

Logo, o envelhecimento acarreta a diminuição da capacidade de adaptação, que ocorre de maneira objetiva, limitando o sistema funcional e, de uma maneira mais evidente, o sistema psicossocial, o qual se manifesta pela dificuldade de aceitação do processo de envelhecer. Isso tudo leva ao aumento da dependência do ambiente familiar, que é um local de proteção e estabilidade.

Nesse sentido, o envelhecimento traz vulnerabilidades, perdas sociais importantes, aparecimento de novos papéis, agravamento de doenças crônicas e degenerativas e dependências funcionais. O conceito de dependência é uma construção social que sustenta as medidas de proteção social para as pessoas que necessitam de ajuda nas atividades diárias, para satisfação das suas necessidades básicas (QUARESMA, 2004).

Conforme Quaresma (2004), a dependência surge quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e o desempenho das atividades de vida diárias.

Entre as principais doenças que causam a dependência, que acometem os idosos mundialmente, estão as cardiovasculares, como a doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral; *diabetes mellitus*; câncer; doença pulmonar obstrutiva crônica; doenças musculoesqueléticas, como artrite e osteoporose; doenças mentais, principalmente demência, Alzheimer, Parkinson e depressão; além da cegueira e diminuição da visão (OMS, 2002).

Nesse contexto, cabe à família a função do cuidado. O papel da família é fundamental no cuidado do idoso. A família

predomina como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos, tendo aí como sujeito o cuidador familiar. O cuidador familiar é todo aquele que proporciona à pessoa idosa cuidados no seu domicílio e não é remunerado por tal função. O cuidador assume a função de cuidar dos seus membros familiares, uma tarefa que esteve sempre mais ligada a mulher, pois culturalmente o cuidado com o lar e com a família, em geral, ainda é um papel feminino na sociedade. Porém, o cuidado é fundamentalmente do ser humano em geral. Na maioria das vezes, os cuidadores familiares estão cientes que é um dever moral e ainda existe uma responsabilidade social e familiar diante da pessoa idosa, que deve ser respeitada (CALDAS, 2003).

A relação entre o idoso e o cuidador familiar deve ser uma relação de ajuda, por causa da impossibilidade do idoso com dependência funcional de realizar tarefas de autocuidado e de manejo das tarefas do cotidiano. Destaca-se, em sua maioria, como fonte cuidadora do idoso os filhos (as), sobrinhos (as), netos(as), que assumem o papel de cuidador, muitas vezes por terem uma ligação afetiva, mas também por entender ser seu dever e obrigação (influenciado por valores e crenças).

Cuidar de um familiar idoso não é tarefa fácil. É, sim, uma atividade complexa, pois tanto o cuidador como o idoso podem se deparar com sentimentos diversos e conflitantes. Os diversificados sentimentos que surgem podem estar ligados ao medo, à angústia, à confusão, ao cansaço, à tristeza, ao nervosismo, à irritação, ao choro, ao medo da morte. Muitas vezes o ato de cuidar é uma tarefa duradoura, que também exige mudanças tanto na vida do idoso como do seu cuidador, reorganizando sua vida familiar, profissional e social (CALDAS, 2003).

E, nesse processo do cuidado ao idoso com dependência funcional, a memória tem papel fundamental na constituição da função do cuidador familiar, pois permite a rememoração de aprendizados, vivências e experiências em relação às práticas de cuidado do outro no contexto domiciliar e familiar.

Compreendemos, assim, com base nos estudos da memória, que as relações de cuidado ao idoso são constituídas por fatores ligados ao passado, que permanecem presentes na memória individual, como os aspectos da formação humana do familiar, tendo, nesse processo, interferências de fatores próprios, como as vivências, as experiências, a cultura, os hábitos familiares, os costumes, que irão contribuir na identificação do indivíduo cuidador.

Para Halbwachs (2006), a memória se constitui numa corrente de pensamento contínuo que retém do passado somente aquilo que ainda está vivo na consciência de indivíduos que constituem um grupo. Percebemos uma indissociabilidade entre a memória individual e a memória coletiva, uma vez que as lembranças dos indivíduos são sempre construídas com base nas relações de pertencimento a um grupo. A memória liga-se à lembrança das vivências, e está só existe quando laços afetivos criam o pertencimento ao grupo e ainda os mantêm no presente. O físico ou o territorial, e o pertencimento social são fatores que permitem a existência do grupo, e esses fatores mantêm o vivido no campo das lembranças comuns, geradoras de memória social.

A memória, percepção do agora que se situa entre o passado e o presente, seria a forma de experiência que tornaria possível a ação individual, que tem por finalidade a defesa do bem comum. A memória que é valorizada é aquela que tem vínculos com o

passado, com a tradição, com experiências transmitidas. A memória pode-se traduzir como as reminiscências do passado, que afloram no pensamento de cada um no momento presente; ou ainda, como a capacidade de armazenar dados ou informações referentes a fatos vividos no passado. Compreendemos, assim, a importância da memória para o desenvolvimento das relações de cuidado familiar do idoso com dependência funcional.

O envelhecimento populacional

Os avanços científicos e tecnológicos, como o incremento de exames diagnósticos e a descoberta de medicamentos mais eficazes, tiveram forte influência nesse prolongamento da vida. Entretanto, o estilo de vida, o ambiente e a herança genética também têm participação decisiva no envelhecimento humano. Vive-se hoje um fenômeno em escala mundial, o qual, por um lado, representa um triunfo da ciência, e, por outro, uma preocupação e um desafio social, pois o aumento da expectativa de vida resultou na longevidade do ser humano, que veio acompanhada das implicações quando essa se amplia.

O envelhecimento é um estado próprio do ser humano idoso que apresenta especificidades socioeconômicas, culturais, ambientais, individuais ou coletivas, segundo épocas e lugares, e apresenta-se em cada ser humano de modo singular e único (BRASIL, 2006a; MARTINS et al., 2007; MACHADO, 2007; ALENCAR; CARVALHO, 2009; ALVES; VIANNA, 2010).

No Brasil, para fins de levantamentos demográficos, considera-se como idoso aquele indivíduo com idade a partir de 60 anos, corte definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e posteriormente pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003;

SOUZA JÚNIOR; KULLOK; TELLES, 2006). Apesar disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) afirma que não se fica velho aos 60 anos, tendo em vista que o envelhecimento é um processo natural, que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias (BRASIL, 2006a).

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) revelou a existência, no Brasil, de 21,039 milhões de idosos, o que corresponde a 11,1% do total da população. Esse número supera a população de idosos de vários países europeus, entre eles, pode-se citar a França, a Inglaterra e a Itália (entre 14 e 16 milhões), de acordo com as estimativas para 2010 das Nações Unidas (IBGE, 2010).

Na região do Nordeste brasileiro registrou-se a presença de 5,441 milhões de pessoas acima de 60 anos, ficando atrás apenas da região Sudeste, que possui 9,922 milhões. A Bahia concentra o maior número de idosos da região Nordeste: 1.497 milhão, e em Salvador e Região Metropolitana encontram-se 303 mil pessoas com idade igual ou maior de 60 anos (IBGE, 2009). A exemplo do que vem acontecendo com o conjunto da população brasileira, Salvador vem registrando o aumento da longevidade de sua população (SEPLAM, 2006).

Esse aumento da população idosa no Brasil é consequência, principalmente, dos avanços da medicina, maior escolaridade, melhoria das condições sanitárias e da renda da população, e dos meios de informação, levando ao crescimento da esperança de vida ao nascer combinado com a queda do nível geral da fecundidade.

A estimativa é que, em 2025, o Brasil ocupe o sexto lugar no mundo em percentual de população idosa, com uma população composta de, aproximadamente, 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que corresponderá a 15% da população (BULLA, 2007). Para 2050, a previsão é de que haverá 38 milhões de brasileiros com 65 anos ou mais, representando 18% da população (CHAIMOWICZ, 2005).

Esses dados apontam, portanto, para um grande desafio a ser enfrentado pelo Brasil: o de oferecer condições de vida saudável e com qualidade aos cidadãos que atingem idades cada vez mais avançadas, por meio da adoção de políticas públicas e sociais que visem contemplar adequadamente as peculiaridades emergentes dessa população idosa.

O envelhecimento com dependência funcional

Os estudos procuram formular conceitos em torno do ser idoso. Há inúmeras tentativas precárias para conceituar aquilo que não se pode determinar, porque envelhecer subentende atravessar o tempo e, desse modo, viver é envelhecer e envelhecer é viver (HILLMAN, 2005).

O Brasil é considerado um país jovem, entretanto, em pleno processo de envelhecimento populacional. A cada ano, aproximadamente 650 mil brasileiros são incorporados à categoria de idosos, o que tende a contribuir para maior incidência de doenças crônicas e limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade, próprio de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas não transmissíveis e múltiplas, que perduram por anos

(VERAS, 2007), que exigem cuidados permanentes que, na maioria das vezes, são realizados por familiares.

Percebe-se que nas alterações relacionadas à idade estão a presença de fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, que determinam para o idoso certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, interferindo na sua qualidade de vida.

O envelhecimento é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, assim como psicológico e social do desenvolvimento humano. Trata-se de um fenômeno mundial que acontece de forma gradual e irreversível, em que ocorre deterioração das capacidades funcionais do organismo, tornando, assim, vários idosos dependentes de cuidados (VERAS, 2007).

Quando o idoso se torna dependente, são perceptíveis as alterações inevitáveis que envolvem afeto, finanças e relações de poder, o que ocasiona um processo de reorganização na família. O fato de ocorrer a perda de independência ou, até mesmo, a autonomia da pessoa idosa, pressupõe que, no domicílio, alguém assuma as responsabilidades de cuidador, o que não é tarefa fácil no momento da decisão: havendo dificuldade de mobilidade por parte dos envolvidos, quem assumirá o cuidado para com o idoso dependente? (JEDE; SPULDARO, 2009).

A capacidade de o indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja, tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer

compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância, são definidas como capacidade funcional.

Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional, a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande, conduzindo o idoso à perda da independência e da autonomia, o que compromete a qualidade de vida e, consequentemente, leva-o a incapacidade funcional.

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades, tanto físicas, como cognitivas, dos idosos, de acordo com as suas características de vida. Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida (REIS et al., 2008).

A dependência funcional se caracteriza quando a pessoa idosa apresenta a impossibilidade ou dificuldade de realizar uma ou mais atividades básicas da vida diária, como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e manter a higiene pessoal, o que, na prática, impossibilita o indivíduo de residir ou permanecer sozinho em sua residência. É imprescindível que, na prestação de cuidados aos idosos, a família esteja devidamente orientada sobre a importância do estímulo do idoso para atividades de vida diária, uma vez que, frequentemente, a imobilidade na terceira idade é incentivada pela família, que considera a velhice como tempo de descanso (MOREIRA; GUERRA, 2008).

A dependência consiste na existência de uma necessidade de ajuda ou assistência, importante para a realização de atividades da vida diária (FIGUEIREDO, 2007). É, portanto, o resultado de

um processo que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento corporal ou psicológico, em consequência de uma doença ou acidente, e que comporta uma limitação na atividade normal. Quando essa limitação não pode ser compensada, mediante a adaptação do meio, origina uma restrição da funcionalidade que se concretiza na dependência em relação a outras pessoas para realização das atividades da vida diária.

À medida que as pessoas envelhecem, diversas são as Atividades básicas de Vida Diária que, de maneira imperceptível e progressiva, podem tornar-se difíceis de serem executadas, até o momento em que o indivíduo se encontra dependente de outra pessoa. A pessoa, muitas vezes, além de suas obrigações profissionais, pessoais, conjugais e familiares, se depara com essa nova função, que pode sobrecarregá-lo tanto fisicamente quanto psicologicamente, gerando, assim, alterações na sua vida cotidiana (REZENDE, 2008).

A incapacidade, por sua vez, corresponde à existência de alguma limitação à funcionalidade. Esta é entendida como a capacidade de o indivíduo cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive. Assim, Figueiredo (2007) e Botelho (2005) explicam que a funcionalidade tem sido definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas e exigências do quotidiano e é avaliada com base na autonomia, na execução das atividades da vida diária, que se subdividem em três grandes grupos: atividades básicas da vida diária (*Activities Daily Living* (*ADL*)), relacionadas ao autocuidado, que englobam tarefas como vestir-se, realizar a higiene pessoal, alimentar-se, usar os sanitários e mobilidade; atividades instrumentais da vida diária (*Instrumental Activities Daily Living* (*IADL*)), relacionadas à capacidade de fazer compras, usar o

telefone, utilizar meios de transporte, tomar medicamentos, gerir rendimentos e algumas atividades domésticas; atividades avançadas da vida diária (*Advanced Activities of Daily Living* (*AADL*)), como o trabalho, atividades sociais e de lazer e exercício físico.

À medida que se envelhece, pode haver a impossibilidade de realizar, de forma independente, algumas atividades do quotidiano, isso acontece por causa de dois motivos que não se excluem: a dependência pode ser originada por uma ou, geralmente, várias doenças crônicas; pode ser o reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas, atribuível ao processo global de senescência (MOREIRA; GUERRA, 2008).

No primeiro caso, por exemplo, situam-se todos aqueles indivíduos cuja incapacidade funcional deriva de processos crônicos, fortemente associados à idade: doenças cardiovasculares, tumores malignos, doenças do foro mental (demências), doenças do aparelho musculoesquelético (artrite, osteoporose) e respiratório. A segunda razão relaciona-se com a perda de vitalidade que experimentam a maioria dos organismos com a idade (MOREIRA; GUERRA, 2008).

Ao se referir à funcionalidade, esta se relaciona às funções e estruturas do corpo, atividades e participação do indivíduo; indica aspectos positivos da interação entre o indivíduo e os fatores ambientais e pessoais. A incapacidade, refere-se às deficiências, limitações da atividade e restrições na participação, o que sugere aspectos negativos do indivíduo. Já as limitações são dificuldades que a pessoa pode ter na execução das atividades (OMS, 2002).

A funcionalidade está interligada à fragilidade do indivíduo, uma vez que a última constitui-se em uma síndrome multidimensional que envolve interação complexa de fatores

biopsicossociais do indivíduo e propicia estado de maior vulnerabilidade, associado a um maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como o declínio funcional. Estima-se que de 10% a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, o que pode tornar o indivíduo dependente. A dependência envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e faz com que a pessoa não seja capaz de realizar as atividades diárias sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2006a).

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização das atividades fundamentais de vida. Não se trata apenas da incapacidade que cria a dependência, mas sim da soma da incapacidade com a necessidade. Apenas com o envelhecimento do organismo é possível perceber que ocorre redução da capacidade funcional do ser humano. E as doenças crônicas tendem a acelerar esse processo. À medida que os índices de esperança de vida se elevam, há tendência de aumento da incapacidade funcional da população idosa.

A memória nas relações de cuidado entre o familiar e o idoso com dependência funcional

Em todas as sociedades humanas é necessário algum tipo de organização de convivência, que alguns consideram como um subsistema ou uma unidade social que é representada pela família. Este é um termo definido por Ferreira (2004, p. 243) "como pessoas aparentadas que vivem geralmente na mesma casa particularmente o pai a mãe e os filhos; também as pessoas do mesmo sangue; e a família nuclear é constituída pelo casal e seus filhos".

Alonso (2003) define família com a base da proximidade nas relações sociais, e considera as pessoas que moram na mesma casa como uma *"Primeira família"*, que têm uma convivência diária próxima, com relação de ajuda. Afirma também que essa categoria inclui marido, mulher e filhos que residem com o casal, pai e mãe do casal e filhos casados que moram em outra casa, no mesmo terreno e que compartilham os problemas pessoais. O mesmo autor considera como "*Grande família"* aquela que é constituída dos irmãos paternos e maternos, incluindo cunhados, primos, tios e sogros. A convivência entre eles é compartilhada em eventos sociais. Nesta não se compartilha os problemas pessoais e os projetos mais particulares.

Althoff (2004, p. 27), em seu estudo sobre a família comenta que na era pós-moderna, "vários fatores tem interferido na organização familiar, como o trabalho feminino, o número reduzido de filhos, o aparecimento de mães de aluguel, as modernas técnicas de reprodução, além do grande número de separações, divórcios e famílias reconstituídas". Esses fatores vêm trazendo para a sociedade vários tipos de família, até mesmo novos arranjos familiares. Isso ocorre, também, pelas diversas maneiras de estabelecimento de relações entre os seres humanos.

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica, que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo (TRELHA et al., 2006). Cada pessoa tem e terá, ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e de sua velhice), que assume em cada fase características peculiares, mas mantem a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento.

Nesse estudo adotamos como família as pessoas que residem no mesmo ambiente familiar do idoso, participando assim de seu dia a dia.

Para a maioria das pessoas a família representa um esteio de relevante importância, tanto no que tange à estruturação de seus laços afetivos, quanto nos referenciais de significância, apoio, cuidado e respeito. Esse olhar sobre a família conduz à compreensão de que a família é uma unidade de interação entre os subsistemas que a compõem em sua totalidade e suas redes de relações mais amplas, ou seja, o universo de suas inter-relações intra e extrafamiliar.

A família é, sem dúvida, uma estrutura de valor, agente socializador e uma unidade de complexidade e multidimensionalidade. Assim, tomemos como base a preocupação dos autores citados até o presente momento, para compreender que estudar a família em sua multidimensionalidade não é uma das tarefas mais simples, mas esses estudos alertam para a importância de se pesquisar família como uma *unidade*.

Em pesquisa realizada por Creutzberg e Santos (2000), os participantes do estudo percebem a família como o centro da vida e, segundo as autoras, sempre vinculada à função de proteção e cuidado. Segundo elas, é necessário rever os nossos valores conceituais, quanto à sua estrutura e organização, passados historicamente por meio dos modelos instituídos nas diversas áreas do conhecimento, e enfatizam, ainda, que devemos enxergar as famílias como elas são.

O cuidar pode ser definido com base nos comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes empreendidas para favorecer as potencialidades das pessoas e

manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Entende-se cuidado como o fenômeno resultante do processo de preocupar-se, interessar-se, responsabilizar-se por outrem (WALDOW, 2004, p. 127).

O cuidado envolve responsabilidade, compromisso, comprometimento e envolvimento com seu próprio ser, com o outro e com o universo. Em outras palavras quem cuida envolve, interage, se responsabiliza pelo crescimento e pelo bem-estar do outro, uma planta, um animal ou a natureza como um todo.

Seguindo os fundamentos filosóficos do cuidar, Waldow (2004, p. 19) afirma que:

> ser é cuidar, e as várias maneiras de estar no mundo compreendem diferentes maneiras de cuidar. Para se tornar um ser de cuidado, um cuidador, o ser precisa, primeiro, ter experienciado o cuidado, ou seja, ter sido cuidado. A capacidade de cuidar está, portanto, relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado. Através do cuidado, percebe-se a existência de outros além do que se é; o outro dá o sentido do eu.

Esses cuidados podem implicar em muitas e variadas atividades, dependendo de cada família e de quem é cuidado. De um modo geral, destacam-se como tarefas habituais de um cuidador familiar: ajudar nas atividades domésticas; assistir a pessoa idosa em sua locomoção dentro e fora de casa; ajudar na higiene e cuidados pessoais; ajudar na administração de dinheiro e bens; administrar medicamentos; proporcionar conforto e tranquilizar a pessoa idosa em situação de crise; ajudar na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para o

idoso expressar-se; fazer pelo familiar pequenas atividades da vida diária, como levar-lhe um copo com água ou acomodá-lo em frente à televisão, entre outras (BORN, 2008).

Lacerda e Costenaro (1999) explanam que o cuidado é tido como uma essência, é mais do que uma simples execução de procedimentos; o cuidado é relação e expressão, envolve empatia, autenticidade, aceitação, um dispor-se, um estar sempre junto com o ser cuidado. Vai além dos aspectos técnico, instrumental ou físico, para atingir um patamar mais elevado, abrangendo todas as dimensões do ser, que inclui também o lado emocional e a parte espiritual.

Waldow (2004) contribui reforçando que o cuidar é o ato consciente de amor, de ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita para voltar a caminhar sozinho; é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem história e que faz a sua história colocando conhecimentos e arte a serviço de quem dele necessita.

Garantir a integralidade do cuidar do idoso é a finalidade da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006b), que estabelece como diretrizes: construir na sociedade a ideia de solidariedade para com esse grupo etário; propiciar um envelhecimento ativo, preservando a autonomia do sujeito; fomentar uma rede estruturada de apoio social; garantir a atenção multiprofissional e interdisciplinar nos serviços de saúde sob a ótica do atendimento integral, humanizado e de qualidade para essa população. No entanto, essa política está apenas no papel, esperamos, destarte, que se converta em realidade para atender aos idosos e suas famílias.

Na contemporaneidade, as modificações na dinâmica do trabalho restringem a permanência dos ascendentes no âmbito da família e altera as composições dos núcleos familiares e suas possibilidades pessoais, de destinar cuidados aos idosos. A família, a sociedade tem 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 (BRASIL, 1988).

Boff (1999) refere-se ao cuidar como sendo algo mais que um ato, é uma atitude, tem a ver com a postura e o modo de agir de cada um. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. O autor ainda privilegia o amor, a cordialidade, a confiabilidade e a compaixão como dimensões importantes para o equilíbrio e a coexistência.

O cuidado é um sentimento que envolve ligação e zelo, tanto com a existência do outro quanto com a própria; um relacionamento dedicado, no qual sentimentos são transformados em comportamentos e reflexões. Por isso é preciso ir além da mera execução de procedimentos técnicos, embora sejam importantes para a execução do cuidado, afinal são integrantes do trabalho, mas que devem ser realizados de forma que proporcionem autonomia, sempre que possível, e estimule o autocuidado.

Ainda no tocante às propostas de intervenção na saúde do idoso, Ramos (2003, p. 797) defende que devem ser adotadas estratégias que visem à promoção e manutenção da capacidade funcional dos idosos, alegando que "identificar causas tratáveis de déficit cognitivo e de perda de independência no dia-a-dia deveriam tornar-se prioridade do sistema de saúde". Assim, nós,

profissionais de saúde, temos o dever de sensibilizar e mobilizar a sociedade para tornar reais as ações que estão estabelecidas nas Políticas Públicas do Brasil.

O cuidador familiar é aquele indivíduo que cuida de uma pessoa da sua própria família, também conhecido como cuidador informal. O cuidador informal pode ser um membro familiar, como o conjugue, filho, irmão, amigo ou vizinho, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa, geralmente de maneira voluntária. O cuidador formal é o profissional que recebeu formação especial para trabalhar como cuidador e realiza o cuidado mediante remuneração. O cuidador principal configura-se como aquele indivíduo que fica responsável por quase todo o trabalho diário com o idoso dependente (BRASIL, 2008).

Quando o indivíduo se encontra dependente, precisa de alguém para lhe ajudar e satisfazer suas necessidades básicas. O processo de cuidar da pessoa dependente deve incluir um conjunto de atividades desenvolvidas pela família, comunidade e profissionais de saúde, que devem se direcionar, também, para a identificação das necessidades humanas e para o apoio ao cuidador informal (MARQUES; MARQUES; DIXE, 2010).

A situação de cronicidade e longevidade, vista na atualidade, contribui para a elevação do número de idosos com algum tipo de limitação funcional, o que implica em necessidade de cuidados continuados, de longa duração e, muitas vezes, complexos. Esses cuidados, normalmente, são prestados pelas famílias, com ou sem apoio, no domicílio (MARQUES; MARQUES; DIXE, 2010).

No Brasil, o cuidado realizado no domicílio cresce de maneira gradativa, tornando-o um local privilegiado para o cuidado. O domicílio é um ambiente caracterizado pela

preocupação com a integralidade, singularidade do ser humano, valorização intersubjetiva e respeito ao outro. O cuidado nesse ambiente é percebido por aqueles que cuidam como oportunidade de crescimento e realização pessoal, uma vez que permite não só o desenvolvimento de novas habilidades, como também a expressão de sentimento de solidariedade, amor, respeito, empatia e inserção social dos envolvidos (OLIVEIRA, 2011).

A realização do cuidado no domicílio é sustentada em relações intersubjetivas, o que requer, dessa maneira, novas modalidades de interlocução, acordos e responsabilização, relacionados diretamente sob determinações políticas, econômicas, éticas, sociais e culturais. Nesse contexto, surgem necessidades relacionadas às práticas de atenção à saúde já consolidadas e novas práticas que são construídas no cotidiano do cuidado, no âmbito domiciliar, conforme as demandas que se apresentam nesse ambiente (SENA et al., 2006).

A realização do cuidado no contexto domiciliar não é uma tarefa fácil. Os cuidadores familiares, ao assumirem a responsabilidade de cuidado nesse ambiente, precisam desempenhar, concomitante, diversas outras atividades. A construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde é uma estratégia indispensável e desejada para auxiliar nos cuidados (OLIVEIRA, 2011).

A família é considerada uma relevante rede informal de apoio às pessoas idosas, e além disso constitui-se como parceira das redes formais de apoio social. Quando o cuidador coabita e cuida de um familiar idoso dependente, isto pode ser um fator desencadeante de modificações no sistema familiar, o que pode levar a uma

desorganização ou desequilíbrio. Para tanto, é imprescindível ajudar e apoiar essas famílias a conviverem com a dependência de seus familiares idosos, ou seja, apoiar e compartilhar o cuidado desses indivíduos nas tarefas cotidianas (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004).

Os cuidados direcionados aos idosos são, na maioria das vezes, prestados por filhos, irmãos, cônjuges e até netos que, geralmente, não têm a menor capacitação para cuidar dessas pessoas que, muitas vezes, encontram-se acamadas e totalmente dependentes. A insegurança do cuidador, relacionada ao cuidado e a inquietação decorrente da expectativa de como o idoso evoluirá, aliadas ao cansaço físico e psicológico, pode favorecer um clima de tensão entre os componentes familiares e vir a causar alterações na dinâmica do grupo familiar e, por conseguinte, prejudicar o convívio (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

O cuidado é relatado por alguns cuidadores como uma atividade que precisa ser realizada com muito amor, atenção, carinho e prazer, sendo influenciada pelo reconhecimento, obrigação e dever, relacionados com os bons momentos vivenciados com o idoso, assim como com a retribuição de sentimentos acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Cuidar de alguém é complexo, pois envolve expressão de diversos tipos de sentimentos, como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo e irritação. Esses sentimentos podem ser concomitantes e precisam ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. São comuns entre os cuidadores a ansiedade, falta

de tempo para si, depressão e outros problemas de saúde, que podem estar relacionados às tarefas de cuidar (BRASIL, 2006a).

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica, que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. Cada pessoa tem e terá ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, da infância, da adolescência, da vida adulta e da velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004).

A tradição cultural atribui às famílias a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Desse modo, cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado a alguma hostilidade para com as instituições, pressiona a família a manter esse papel (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004).

Nesse contexto, a memória do cuidador encontra-se ligada às demais dimensões de sua existência atual: aos amigos, à família e aos outros grupos de pertencimento. O presente ressignifica o passado. Sob essa perspectiva, todo o trabalho com a memória – essa suposta capacidade de 'reter' o passado – remete, inevitavelmente, ao presente vivenciado pelo sujeito que lembra; remete, pois, também aos contextos específicos (circunstanciais), nos quais se dá a rememoração (OLIVEIRA, 2011).

A memória do indivíduo depende de seu relacionamento com a família, escola, igreja e outras instituições de referência e convivência. Pensa-se, então, a memória relacionada aos quadros

e às instituições sociais como fato social que expressa a consciência coletiva.

Os modos de ser são apresentados ao indivíduo desde o nascimento dele, então ele constrói a memória com base no contato com a cultura e na interação com ela. Segundo Halbwachs (2006), o indivíduo passa a fazer registros mnêmicos à medida que abandona seu estado inicialmente instintivo e insere-se numa vida de relação e de troca com o outro.

As lembranças da infância, muitas vezes, não são rememoradas porque, na época do acontecimento, o indivíduo ainda não estava inserido na corrente de pensamento. Pode ocorrer, também, que determinado fato seja lembrado não porque a criança o selecionou, mas porque ela percebeu que foi importante para os pais, ou porque despertou preocupação nos adultos e, por isso, mereceu ser lembrado (VASCONCELOS, 2011).

A família é a primeira instituição de que o sujeito participa e, como tal, está ligada à estrutura social, recebendo da sociedade uma força coerciva. A família, assim como outras instituições, expressa-se nos modos de pensar, sentir e agir, no funcionamento, na fisiologia social, nas representações e na consciência coletiva. A família é a instituição que introduzirá o sujeito na coletividade, aos modos de ser de certa sociedade. Ao longo da vida, o indivíduo amplia seu convívio, pois se insere em diferentes memórias coletivas e participa de grupos distintos, compartilhando das consciências coletivas de cada um deles.

A memória servirá de base para a construção de ações de cuidado e traz consigo a maneira de sentir, pensar e agir que foram passadas através de gerações. A memória é construída na

interação com o social, de acordo com os modos de ser de cada grupo familiar. Para Halbwachs (2006), a memória é o centro das tradições e também da identidade, pois é por causa do que é lembrado que aquilo que tem significado, naquele momento de reconstrução, que o indivíduo representa-se e representa, também, o mundo.

Halbwachs (2006) estabelece oposição entre o universo da memória (situada em termos da experiência vivida, da imagem, do afeto etc.) e o da história (situada em termos de uma crítica, de um problema, de conceitos) para demonstrar os mecanismos da constituição de uma memória como construção social e fenômeno coletivo. Como construção social, a memória é modelada pela família e pelos grupos sociais. Isso significa que a memória individual se estrutura e se insere na memória coletiva, que é um fenômeno que se desenvolve dentro de determinados grupos sociais, dos quais fazemos parte ao longo da nossa existência, começando pela família, passando pela escola, trabalho, entre outros.

A memória como produto da linguagem também é pensada como produção simbólica e parte integrante de um imaginário social. Nesse sentido, tanto a memória como a tradição são vistas como fruto de um tempo determinado e de um conjunto social dado, por poderem constituir-se em elementos da história de mentalidades coletivas. Vale ressaltar, então, que a memória faz cruzar a história e a intimidade, por permitir que os acontecimentos públicos e os pessoais sejam nutridos de valores simbólicos, vivenciados na encruzilhada da cultura e do desejo, oferecendo-nos, assim, focos e direções existenciais e sociais em meio às experiências vividas. É inegável que a subjetividade alcançada pelas histórias contadas pelos idosos é reconstruída nos

interstícios e limiares das formas sociais e culturais de existência vividas (Halbwachs, 2006).

A memória é refletida pela vontade do ser social que exalta e destaca apenas os elementos chave de sua vivência, expressos na sua oralidade. Por isso, Vasconcelos (2001, p. 28) diz que a memória marca "os pontos que se fixam em volumes de lembranças, prontas a emergir dos escaninhos mais profundos da alma, da pessoa que rememora". Nesse caso, observamos que o mais importante para o cuidador familiar da pessoa idosa é a sua própria rememoração, que será exposta conforme as necessidades vivenciadas na vida diária e na realização do cuidado.

É nesse vínculo, entre presente e passado, que se percebe a estreita relação entre a memória e o tempo. Encontra-se, portanto, nos indivíduos uma memória atemporal, que permite o acesso às histórias, mitos, costumes, tradições, saberes de épocas longínquas.

Essas histórias que foram retidas pela experiência são percebidas pelo convívio e pela oralidade. Desse modo, a memória possibilita a reelaboração das experiências desses cuidadores. Ressalta-se, ainda, que essas tradições são, por sua vez, conclamadas pela oralidade, por meio do olhar atento do narrador sobre esses mundos e culturas, o que possibilita que elas sejam recordadas e relidas, impedindo, dessa forma, o seu total desaparecimento (VASCONCELOS, 2011).

Rememorar é um ato que acontece no passado e é provocado pelo presente: do passado retornam a nós os acontecimentos que correspondem às nossas preocupações atuais. É do presente que se parte. Os fatos, acontecimentos, personagens, conhecimentos, sensações depositadas na memória (HALBWACHS, 2006).

Para Halbwachs (2006), transmitir uma história, sobretudo a história familiar, é transmitir uma mensagem, que leva em consideração, ao mesmo tempo, a individualidade da memória afetiva de cada família e a memória da sociedade, mais ampla, o que expressa a importância e a permanência do valor da instituição familiar. A importância do grupo familiar como referência fundamental para a reconstrução do passado advém do fato de a família ser, ao mesmo tempo, o objeto das recordações dos indivíduos e o espaço em que essas recordações podem ser avivadas.

A própria representação da família e do parentesco sofre com as marcas do tempo. Os limites da memória são traçados no presente, com olhos e elaborações atuais que, embora possam ser explicados e racionalizados em função das mudanças sociais, mudaram as representações dessas pessoas, aparecendo em cada etapa de sua vida com configurações diferentes.

Considerações finais

Compreendemos que a memória tem papel fundamental na constituição da função do cuidador familiar, pois permite a rememoração de aprendizados, vivências e experiências em relação às práticas do cuidado com o outro no contexto familiar.

A memória de cada indivíduo da família irá contribuir para a implementação de ações cuidativas para com o idoso dependente. Logo, as formas de cuidar dependerão das práticas, costumes, conhecimentos adquiridos no contexto familiar. A valorização do indivíduo, o cuidar com carinho, afeto, dedicação, dependerá das lembranças de vivências e experiências familiares guardadas na memória.

A memória contribui, assim, na atenção e organização da ajuda dentro da própria família, dado o papel preponderante da interdependência afetiva e instrumental na funcionalidade, manutenção da identidade cultural e do bem-estar. Além disso, também colabora na estrutura da relação de cuidar. As histórias e compromissos entre gerações, as crenças e valores do cuidador, revelam-se fatores determinantes na hora de assumir a responsabilização por cuidar ou continuar a cuidar, o que deve ser explorado e considerado.

É nesse sentido que Halbwachs (2006) fala da lembrança como reconstrução do passado, realizada com a ajuda de dados tomados do presente e elaborados em outros lugares, em outras circunstâncias, por outras reconstruções feitas em épocas anteriores, nas quais a imagem do tempo antigo é algo bem alterado. A transmissão de bens simbólicos às gerações seguintes situa a família como o lugar dessa passagem, fazendo de cada descendente o alvo e, ao mesmo tempo, o veículo da preservação dos valores familiares.

Em torno dessa ideia de transmissão de valores está presente a noção de um tempo que se repete, de um tempo cíclico. Para essas pessoas, preocupadas em marcar seu lugar social e sua identidade pela inserção na grande Família, o tempo do ciclo dessa grande família é a referência temporal.

Há, assim, um plano moral, que acaba por definir também a inserção das famílias na sociedade mais ampla, não em termos econômicos, mas como representantes de uma camada social que compartilha de um mesmo discurso de representação, de história e de memória familiar.

Referências

ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 29, p.435-44, 2009.

ALONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar**: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. 2003. p. 266. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; NITSCHKE, R. G. (Org). **Pensando a família**: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-Livro, 2004.

ALVES, V. P.; VIANNA, L. G. Políticas públicas para a educação gerontológica na perspectiva da inserção social do idoso: desafios e possibilidades. **Ensaio: Avaliação Política e Públicas em Educação,** v. 18, n. 68, p. 489-510, 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BORN, T. O cuidador familiar da pessoa idosa. In: **Cuidar melhor e evitar a violência**: Manual do cuidador da pessoa idosa. 2008.

BOTELHO, A. A funcionalidade dos idosos. In: PAÚL, C.; FONSECA, A. M. (Coord.). **Envelhecer em Portugal**: psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 112-135.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.

_____._____ **Portaria nº 2. 528**, em 19 de outubro de 2006a. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

_____. _____. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica à Saúde,** Brasília: Ministério da Saúde, n. 19, 2006b.

_____. _____**. Estatuto do Idoso.** 2. ed. Brasilia, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BULLA, Leonia Capaverde. **Qualidade de Vida nos Núcleos Familiares com Idoso Portadores da Doença de Alzheimer**. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: NEDEPS/PUCRS, 2007.

BRONDANI, Cecília Maria et al. Caregivers and strategies for home care patients. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-10, Jul/Set. 2010.

CALDAS, C. P. **O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência**. 2003.141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

CHAIMOWICZ, F. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica no Brasil. In TAVARES, A. (Org.). **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L dos. Se a gente não tem família, não tem vida! **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 102-12. 2000.

DUARTE, L.T. **Envelhecimento: processo biopsicossocial**. Trabalho Monográfico para o Curso Virtual "Educación para el Envejecimento". 2007.

FERREIRA, J. P. **Armadilhas da memória e outros ensaios**. Cotia, São Paulo: Ateliê, 2004.

FIGUEIREDO, R. Alzheimer e família: redirecionamentos e emoções. In: D.ALENCAR, R. S.; BASTOS, S.; SENA, E. L. S.; REIS, F. O. (Org.). **Memorialidades.** Ilhéus: UESC Editus, 2007.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006.

HILLMAN, J. Somos velhos porque o tempo não para. In: CÔRTE, B. et al. **Velhice, envelhecimento, compex (idade).** São Paulo: Vetor, 2005. cap. 3. p. 57-83.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, v. 6, n. 3, p. 413-21, 2009.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem. **Vidya**: **Saúde, Educação e Meio Ambiente**, Santa Maria, RS, n. 32, p.7-13, 1999.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciênc. Saúde coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARQUES; D.; MARQUES, R. M.; DIXE, M. A. Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. Año XXII, v.1, p.487-497, 2010.

MARTINS, T. **Acidente vascular cerebral**: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau. 2007.

MONTEZUMA, C.A.; FREITAS, M.C.; MONTEIRO, A.R.M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.2, p. 395-404, 2008.

MOREIRA, K. C. M; GUERRA, R. O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of ver elderly population in Natal, Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria,** v. 66, n.4, p. 809-13, 2008.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.8, n.3, p. 428-35, 2009.

NASSIF, M. C.; HOPPE, J.; SALBEGO, C. G. Colesterol, APOEe-4 e Estatinas: implicações na Doença de Alzheimer. **Informa**, v. 17, n. 5-6, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo**. Um projeto de política de saúde. Departamento de Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis e

Promoção de Saúde. Segundo Encontro Mundial Sobre Envelhecimento. Madri, Espanha, abr. 2002.

QUARESMA, M. **Cuidados familiares às pessoas muito idosas**. Lisboa: Direção Geral da Ação Social; Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 2004.

REIS, L. A; MASCARENHAS, C. H. M; MARINHO FILHO, L. E; BORGES, O. S. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.11, n.1, p. 93-103, 2008.

REZENDE, T. C. B. **Impacto do ato de cuidar na vida de cuidadores primários de idosos dependentes**. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Universidade Estadual de Campinas, 2008.

SENA, E. L. S. **A experiência do outro nas relações de cuidado**: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. 2006. p. 284. Tese (Doutorado) - UFSC/PEN, Florianópolis, SC, 2006.

SEPLAM. Secretaria Municipal do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. **Salvador no Atual Contexto da Transição Demográfica.** Salvador em Dados – 2006. Disponível em: <http://www.seplam.salvador.ba.gov.br/ssa_dados_2006/index.htm>. Acesso em: 20 de março de 2015.

SOUZA JÚNIOR; KULLOK, A. T.; TELLES, J. L. A Agenda 21 Global e a Agenda 21 Brasileira: desafios para a inclusão social

dos idosos. **Revista Ciência e Saúde,** v. 4, n. 17, p. 291-302, 2006.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. **Envelhecer em família**. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar.2004.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TRELHA, C. S.; REVALDAVES, E. J.; YASSEF, S. M.; DELLARROZA, M. S. G.; WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2001.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2.463-2.466, 2007.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CAPÍTULO 7

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA LONGEVIDADE

Luana Araújo dos Reis
Gabriela Requião Vaz de Almeida
Luciana Araújo dos Reis

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado intenso processo de transição demográfica, com população de características jovens passando para mais envelhecidas (VERAS, 2012). O último censo demográfico aponta que o país possui um total de 205.655.993 milhões de pessoas, sendo que 23,5 milhões dos brasileiros têm mais de 60 anos, o que corresponde a 12,5% da população (IBGE, 2015).

Para 2050, a projeção gira em torno de 64 milhões de pessoas acima de 60 anos, correspondendo a 30% da população (IBGE, 2015). Além disso, registra-se que enquanto a taxa média geométrica de crescimento anual da população idosa (60 e mais anos) gira em torno de 3,3%, no estrato de idosos mais idosos (80 e mais anos), essa taxa chega aos 5,4%, uma das mais altas do mundo (CAMARANO, 2010).

O rápido crescimento desse segmento da população exige revisão de políticas de saúde, que devem se basear na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção de agravos ao longo de todo o ciclo da vida e na atenção às necessidades específicas dessa população, visto que o processo de envelhecimento envolve

aspectos biológicos, psicológicos e sociais inerentes a todos, mas que diferem de pessoa para pessoa devido às variações nas condições materiais de existência de cada uma. Fatores relacionados ao próprio indivíduo e aos espaços em que vive podem alterar de forma significativa este processo (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013; MENDES et al., 2012).

Embora o envelhecimento humano não deva ser considerado sinônimo de doença e dependência, o crescimento da população de idosos aumenta o número de indivíduos que vivenciam situações de fragilidade física e emocional, havendo maior predisposição para condições patológicas, geralmente crônicas que, se não forem adequadamente tratadas ou controladas, podem levar a incapacidade funcional (MARTINS et al., 2009; VERAS, 2009).

Bhui (2014) refere que com o avançar da idade as pessoas idosas buscam estratégias para o enfrentamento do processo saúde-doença, visando melhoria da qualidade de vida (QV) e bem-estar na velhice. Tais estratégias são definidas como resiliência, que está relacionada à capacidade de recuperação e adaptação saudável diante de danos, adversidades e estressores.

Há predominância de conceitos investigados ao longo do percurso teórico da Gerontologia, entre eles, o envelhecimento bem-sucedido, o bem-estar psicológico, o suporte social, a satisfação com a vida, a religiosidade e a espiritualidade, entre outros, como associados ao de resiliência (FONTES; NERI, 2015).

Nesse contexto, a religiosidade e a espiritualidade se apresentam como importantes estratégias de resiliência para a pessoa idosa, refletindo de forma significativa em sua saúde física e mental, sendo consideradas como uma dimensão sociocultural que faz parte da rede de significados que o homem cria para dar

sentido à vida e à morte, exercendo influência significativa no cuidado da pessoa, que vem sendo construído através dos tempos (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010; ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Pesquisa realizada por Melo et al. (2015) com o objetivo de verificar os estudos existentes que exploram a correlação entre a qualidade de vida e a religiosidade, em diferentes aspectos e contextos, utilizando como descritores os termos "religiosidade", "qualidade de vida" e "espiritualidade", apontou que a religiosidade e a espiritualidade têm correlação com a QV, atuando principalmente em situações adversas, evidenciando a importância desses fenômenos para as práticas de saúde, ressaltando-se a necessidade de valorizá-los e incluí-los nas formações profissionais.

Religiosidade, espiritualidade e a pessoa idosa longeva

As definições de religiosidade e espiritualidade não encontram consenso na literatura, embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade. Para Murakami e Campos (2012) a espiritualidade se constitui de um sentimento íntimo existencial, uma busca pelo sentido de viver e estar no mundo e que não necessariamente vai estar ligado à crença em algo maior, como um Deus. Já a religiosidade pode ser entendida como sendo um conjunto de crenças e práticas pertencentes a uma doutrina, que são compartilhadas e seguidas por um grupo de pessoas, através de cultos ou rituais que envolvem necessariamente a noção de fé.

Giovelli et al. (2008) referem que a religiosidade se difere da espiritualidade pela clara sugestão de sistema de adoração/doutrina específica partilhada com outros. Apesar das suas diferenças

conceituais, a religiosidade e espiritualidade utilizadas como estratégia de resiliência revelam influências bastante surpreendentes na melhor QV da população idosa (LIMA, 2013).

Estudo realizado por Reis e Menezes (2017) refere que a religiosidade e espiritualidade se apresentaram como uma importante estratégia de resiliência no existir da pessoa religiosa idosa longeva, contribuindo para o enfrentamento de patologias, da solidão, entre outras demandas significativas, que colaboram para a diminuição do bem-estar desse segmento populacional. Em geral, os adeptos de crenças religiosas apresentam menor probabilidade de riscos comportamentais (SANTOS; ABDALA, 2014).

Born (2008, p.46) afirma que o ser humano tem "duas grandes áreas na vida, a material (carnal) e a espiritual [...]" e que, com o passar dos anos, "o espiritual se aprimora". Alves (2006, p.50) reafirma que "a espiritualidade nos idosos pode ajudar a vencer os medos. [...] É dessa forma que se encontra um sentido da vida, um motivo ou meta para viver e continuar sendo o que sempre foi".

Sendo a fé um elemento subjetivo e intimamente particular do ser humano, percebe-se que sua existência e a prática diária pelos idosos religiosos lhes servem de apoio e força para enfrentar as "batalhas" do dia a dia, em especial nesta fase da vida repleta de angústias, medos e aflições decorrentes da própria idade, como: doença, contexto social, abandono e perdas afetivas (OLIVEIRA; ALVES, 2014). Conforme Duarte e Wanderley (2011), a religião e a espiritualidade podem auxiliar no enfrentamento desses eventos, considerados frequentemente como estressores.

A espiritualidade é significada como uma dimensão importante da existência humana, sendo que na velhice ela aparece vinculada ao enfrentamento de situações do cotidiano e

como fonte de preparação para a morte, uma vez que a maior parte dos idosos entrevistados não vê a morte como um limite para a existência. Ao considerar a exploração, por parte dos idosos, das capacidades adaptativas e de reserva na velhice, segundo o modelo de envelhecimento bem-sucedido, como recurso de enfrentamento diante de situações de perdas e mudanças (GUTZ; CAMARGO, 2013).

Os valores espirituais devem ser incentivados entre as pessoas que têm essa crença, e por elas praticados para que a pessoa idosa tenha uma alma tranquila e, assim, conserve sua mente ativa, o que resulta em QV espiritual, isto é, sentir-se bem com o que acreditam e têm fé, e fortalecido para as batalhas do dia a dia. A prática de frequentarem os ofícios religiosos, na sua grande maioria pertencentes ao catolicismo como missas, procissão, e rezas de terço para eles importantes, é fundamental para isso, bem como uma boa conversa, o que os mantém ativos e, ao mesmo tempo, proporciona-lhes bem-estar espiritual (OLIVEIRA; ALVES, 2014).

Ainda para estes autores, se os ofícios religiosos e a espiritualidade são de fundamental importância para os seres humanos que seguem alguma religião, ganham forma maior com a chegada da velhice, quando o indivíduo é aplacado de incertezas, doenças e, muitas vezes, submetido ao afastamento familiar ou a perdas por morte. Sendo assim, este processo de espiritualidade e fé não deve ser deixado para segundo plano, uma vez que é destas práticas que o idoso retira força para superar seus conflitos como isolamento, solidão, abandono e sensação de perda familiar e de afetividade.

Para Vieira (2009), as práticas religiosas podem guiar o indivíduo diretamente, dando significado à sua vida por meio do

sagrado. Esse significado capacita o indivíduo a entender as situações em sua vida e lidar com as exigências. O idoso, na sua vulnerabilidade, pode procurar, na transcendência espiritual, quer na religião ou na religiosidade, um sentido de superar os anseios pelas condições desfavoráveis, buscando a cura e proteção em preces e orações, pela fé em um ser divino e superior.

Para o idoso, as questões relacionadas à religiosidade têm significado muito especial, principalmente entre aqueles que vivenciam problemas ou alguma situação dolorosa, seja por doença ou pelas consequências deixadas por ela (DUARTE; DIOGO, 2005). As mudanças físicas, psicológicas e sociais, que são comuns aos idosos, acarretam situações de perdas, declínio da saúde, afastamento do mercado de trabalho e eventos não controláveis, cujo enfrentamento de modo efetivo pode ser auxiliado através das crenças espirituais e práticas religiosas (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2002; LINDOLPHO; SÁ; ROBERS, 2009).

Religiosidade, espiritualidade e o profissional de saúde

Se as crenças e as práticas religiosas, a exemplo da oração, ajudam as pessoas que seguem alguma religião a enfrentarem e reduzirem o nível de estresse, então, tais atividades também devem estar relacionadas à saúde física. Logo, aprender a respeitar o poder dessas crenças deve ser levada em consideração pelos profissionais de saúde em seus atendimentos (KOENIG, 2012).

Estudos apontam que a relação entre a religião e a saúde é inconsciente e ambígua, podendo a fé, ou a religião, promover ou desencorajar o bem-estar psicológico (FARRIS; ROSA, 2011).

A religiosidade pode ser fator de saúde e de qualidade de vida, ou não, a depender das características sociais, culturais,

subjetivas, de personalidade e de saúde do sujeito que a vivencia, além de diversos outros aspectos conhecidos e desconhecidos. A espiritualidade tem o potencial de trazer serenidade e felicidade autêntica aos humanos, a depender de como é vivenciada pelo sujeito, não sendo, portanto, regra geral (MELO et al., 2015).

Deste modo, a religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais dos pacientes necessitam ser inseridas no entendimento da prática clínica do profissional de saúde como forma de estabelecer tratamento holístico e integrativo (LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM JUNIOR, 2011).

Silva et al. (2016) referem que é necessário aprofundar o conhecimento sobre crenças religiosas e espirituais, visto que podem influenciar no tratamento e recuperação. A equipe de saúde multidisciplinar pode se beneficiar da avaliação da história religiosa e espiritual dos pacientes para elaborar projeto terapêutico mais integrativo e que considere a visão holística do ser humano no seu contexto biopsicossocial e espiritual.

É importante proporcionar e manter atividades sociais no envelhecimento que proporcionem benefícios como interação entre sujeitos, minimização dos sentimentos de solidão e promoção da autonomia (DIAS; DUARTE; LEBRÃO, 2010).

O respeito e incentivo à religiosidade e espiritualidade está garantido no Estatuto do Idoso de 2003, no capítulo II, do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, do Art. 10°, § 1º, inciso III, que ressalta que é obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais garantidos na Constituição e nas leis,

compreendendo o direito à liberdade, entre outros aspectos, como a garantia à sua crença e culto religioso (BRASIL, 2003).

Sendo assim, são necessárias estratégias de organização e reorganização dos espaços sociais e de saúde para que acolham a pessoa idosa de maneira adequada, levando em conta suas necessidades e bem-estar. Além disso, devem promover a satisfação de todos que fazem parte desses ambientes, onde cada pessoa tem seu ponto de vista, garantindo seu direito de continuar vivendo dignamente, experimentando os prazeres da vida mais intensamente sem perder de vista a necessidade do fortalecimento e aprofundamento religioso e espiritual, favorecendo uma velhice digna e bem-vivida (OLIVEIRA; ALVES, 2014).

Peres et al. (2007) apontam que a atenção a elementos como espiritualidade e religiosidade se tornam cada vez mais necessários no contexto da assistência à saúde. Além disso, a ciência por sua vez, registra a importância desses aspectos na dimensão do ser humano, com essas questões culturais sendo relevantes para tratamento e até mesmo curas, em diversas sociedades humanas.

Desse modo, é preciso que o profissional seja uma fonte de respeito e de apoio às crenças, à religião e aos valores dos pacientes e cuidadores familiares (NASCIMENTO et al., 2013), visto que a religiosidade e a espiritualidade mostraram-se como mecanismos aos quais as pessoas recorrem diante da rotina de enfrentamento sendo, por vezes, o meio no qual depositam a esperança de recuperação e de cura (ALVES et al., 2016).

Em pesquisa realizada com estudantes do curso de graduação em Enfermagem de uma Faculdade situada em uma cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil, com 146 estudantes, objetivando identificar as opiniões dos estudantes de Enfermagem

em relação à interface entre saúde, espiritualidade e religiosidade, e as informações fornecidas durante o período da formação acadêmica, destacou-se o resultado de que 76% dos estudantes acreditam que a espiritualidade influencia na saúde. Apenas 10% consideram-se muito preparados para abordar aspectos espirituais dos pacientes e 54% apontaram que a formação universitária não oferece informações suficientes para desenvolver essa competência. O medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes é a principal barreira relacionada ao assunto. A maioria dos estudantes, 83%, apontou que temas referentes a saúde e espiritualidade deveriam fazer parte dos currículos de Enfermagem (ESPINHA et al., 2013).

Ainda para os autores da pesquisa, é necessária a implementação de cenários de aprendizagem durante a formação acadêmica que auxiliem o estudante a realizar o cuidado espiritual.

Corroborando, Melo et al. (2015) referem que não se pode desconsiderar os aspectos benéficos que a religiosidade e a espiritualidade têm indicado. Por isso é de fundamental importância repensar uma aproximação da formação profissional com esses fenômenos, entendendo que eles se constituem como aspectos sociais e culturais dos contextos nos quais os indivíduos estão inseridos.

Este olhar diferenciado contribuirá para formação de profissionais de saúde mais preparados para lidar com o humano e será possível também promover uma aproximação do meio transcendental com o científico, reconhecendo as diferenças e limitações de ambos (MELO et al., 2015).

Considerações finais

A religiosidade e a espiritualidade apontadas por diversos estudos enquanto estratégias de enfrentamento de problemas de saúde, sociais e familiares, requer dos profissionais da área de saúde aprofundamento técnico-científico a fim de assegurar à pessoa idosa longeva um cuidado diferenciado, que além de atender às demandas de saúde possibilitem a manutenção da autonomia durante os anos adicionais de vida, garantindo-lhes uma velhice com qualidade.

Assim, recomenda-se a inserção das temáticas religiosidade e espiritualidade nos currículos de formação profissional em saúde, tendo em vista a influência, positiva ou negativa, dos aspectos religiosos e espirituais no processo saúde-doença, bem como na forma de viver e significar o envelhecimento quer seja através do bem-estar cotidiano ou do alcance da longevidade.

Ademais, sugere-se a realização de novas pesquisas científicas nos campos da saúde e das ciências sociais e humanas, que abordem a influencia da religiosidade e espiritualidade na longevidade, colaborando para que haja uma significativa ampliação da compreensão deste fenômeno a nível nacional e internacional, e, com isso, o atendimento das especificidades deste grupo etário possa ser realizado através do cuidado integral e humanizado.

Referências

ALVES, D. A.; SILVA, L. G.; DELMONDES, G. A.; LEMOS, I. C. S.; KERNTOPF, M. R.; ALBUQUERQUE, G. A. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e

espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. **Rev Cuid**., v.7, n2, p.1318-24, 2016.

ALVES, V. P. A religião e os idosos. In: Faleiros, V.P.; Loureiro, A.M.L. (Orgs.). **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília (DF): Universa, 2006.

BHUI, K. A fine balance in the Science of risk and resilience. **The British Journal of Psychiatry**, v.204, n.5, p. 413-4, 2014.

BORN, T. (Org.). **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa.** Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

BRASIL, **Lei nº 10.471**, de 1ª de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. In: PRESIDENCIA DA REPUBLICA. Portal Legislação. Brasília, 2003.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

CORTEZ, E. A.; TEIXEIRA, E. R. O enfermeiro diante da religiosidade do cliente. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.114-9, 2010.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O mundo da saúde**, v.34, n.2, p.258-267, 2010.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.27, n.1, p.49-53, 2011.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

ESPINHA, D. C. M.; CAMARGO, S. M.; SILVA, S. P. Z.; PAVELQUEIRES, S.; LUCCHETTI, G. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.4, p.98-106, 2013.

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

GIOVELLI, G.; LÜHRING, G.; GAUER, G. J. C.; CALVETTI, P. Ü.; GASTAL, R.; TREVISAN, C.; SILVA, L. Espiritualidade e religiosidade: uma questão bioética? **Rev Sorbi**., v.1, n.5, p.1-12, 2008.

GOLDSTEIN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas, E. V., Py, L, Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L., Rocha, S.M., editores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 950-64, 2002.

GUTZ, L; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de Representações Sociais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v.16, n.4, p.793-804, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Diretoria de Pesquisas. **Projeção da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000 a 2030**. Rio de janeiro: IBGE, 2015.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde:** o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012, p. 248.

FARRIS, R.; ROSA, R. S. Religião salugência e religião patogênica: uma aproximação à luz da psicologia. **Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral**, v.3, n.2, p. 361-382, 2011.

LIMA, B.F.V. **Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de Vida nos Idosos** [dissertação]. Universidade Católica Portuguesa (POR); 2013.

LINDOLPHO, M. C.; SÁ, S. P. C.; ROBERS, L. M. V. Espiritualidade/Religiosidade: um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. **Em extensão**, v.8, n.1, p.117-27, 2009.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; AVEZUM JUNIOR, A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Rev Bras Cardiol.**, v.24, n.1, p.55-7, 2011.

MARTINS, J.J.; NASCIMENTO, E. R.P.; ERDMANN, A. L.; CANDEMIL, M. C.; BELAVER, G. M.; MORTARI, G. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Rev Enferm UERJ**, v.17, n.4, p.556-62, 2009.

MELO, C. F.; SAMPAIO, I. S.; SOUZA, D. L. A.; PINTO, N. S. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. Pesqui. Psicol. (impr),** v.15, n.2, p.447-464, 2015.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad Saúde Pública,** v.28, n.5, p.955-64, 2012.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.2, p.361-7, 2012.

NASCIMENTO, L. C.; SANTOS, T. F. M.; OLIVEIRA, F. C. S.; PAN, R.; FLÓRIA-SANTOS, M.; ROCHA, S. M. M. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto Enferm.** v.22, n.1, p.52-60, 2013.

OLIVEIRA, R. M.; ALVES, V. P. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). **Revista Kairós Gerontologia**, v.17, n.3, p.305-327, 2014.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, O. S.; CAOUS, C. A. A Importância da Integração da Espiritualidade e da Religiosidade no Manejo da Dor e dos Cuidados Paliativos. **Rev Psiq Clín.**, v.34, supl.1, p.82-7, 2007.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O.. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 70, n. 4, p. 794-9, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0761.pdf

SALOMÉ, G. M.; ALMEIDA, S. A.; MENDES, B.; CARVALHO, M. R. F.; JUNIOR, M. R. M. Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. **J Coloproctol.** v.35, n.3, p.168-74, 2015.

_____ ALMEIDA, A. S.; FERREIRA, L. M. Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. **Adv Skin Wound Care**. v.28, n.2, p.76-82, 2015.

SANTOS, N. C.; ABDALA, G.A. Religiosity and health-related quality of life of elderly in a city in Bahia, Brazil. Rev Bras Geriatr Gerontol, v. 17, n.4, p. 795-800, 2014. Disponível em

http://www.scielo.br/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf

SILVA, C. F.; BORGES, F. R.; AVELINO, C. C. V.; MIARELLI, A. V. T. C.; VIEIRA, G. I. A.; GOYATÁ, S. L. T. Spirituality and religiosity in patients with systemic arterial hypertension**.** **Rev. bioét.** (Impr.), v.24, n.2, p.332-43, 2016.

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

VERAS, R. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad Saúde Pública,** v.28, n.10, p.834-40, 2012.

VIEIRA, M. G. O. **Velhice e espiritualidade**: reflexões sobre as transformações do envelhecer. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2009.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V. S. F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Rev Esc Enferm USP**. v.47, n.2, p.433-9, 2013.

CAPÍTULO 8

CONTEXTO E MEMÓRIAS DO ENVELHECER COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Tatiane Dias Casimiro Valença
Luciana Araújo dos Reis

Introdução

Os estudos em relação à velhice e ao processo de envelhecimento têm despertado cada vez mais interesse de maneira pluridisciplinar, principalmente por causa do acelerado processo de envelhecimento populacional que vem ocorrendo em vários países, entre eles o Brasil.

No contexto brasileiro ocorreu a ampliação da participação da população com 60 anos ou mais e dentro desse grupo houve o aumento da população "mais idosa", ou seja, pessoas com 80 anos ou mais, produzindo uma heterogeneidade no segmento populacional chamado "idoso". Assim, pode-se dizer que a população considerada idosa também está envelhecendo (CAMARANO, 2010) e novos paradigmas para a senescência e para o processo de envelhecimento estão se desenvolvendo.

Atrelado ao processo de envelhecimento da população, o debate sobre a deficiência também tem ocupado espaço na área da saúde e nas políticas públicas, entre outras áreas, uma vez que a incidência das doenças crônico-degenerativas aumenta com a idade e estas podem trazer como consequência algum tipo de

deficiência, principalmente, do tipo física. Com isso, a pessoa idosa com deficiência física pode apresentar limitação na sua capacidade funcional, necessitando de apoio ou proteção para o desenvolvimento de certas atividades da vida diária e para sua integração na convivência social.

Desse modo, evidencia-se a necessidade da garantia da qualidade de vida, do bem-estar, do reconhecimento como ser social, da valorização e respeito desse contingente populacional, que convive com a redução de suas capacidades funcionais, seja em razão do processo natural de envelhecimento ou da presença da deficiência física, o que requer cuidados especiais por parte da sociedade (BATISTA et al., 2008).

Acredita-se que ao dar voz a esses indivíduos, por meio de suas memórias e narrativas de vida acerca do envelhecer com deficiência física, pode-se ter acesso às experiências vividas, aos problemas enfrentados e às suas superações, aos seus direitos, seus anseios, sua forma de ver a vida e seus planos para o futuro na sociedade que estão inseridos. Logo, a reflexão sobre o tema envelhecimento com deficiência física conduz ao entendimento de que a abordagem individual e social dessa temática poderá contribuir para a produção do conhecimento e de mecanismos de intervenção direcionados a esse segmento social.

Os vários olhares do envelhecer

Diante do cenário de envelhecimento da população mundial e brasileira, fazemos a mesma pergunta que fez Veras (1995, p. 25), em sua obra "País Jovem com Cabelos Brancos: a saúde do idoso no Brasil": O que é envelhecimento? Para em seguida responder: "Velhice é um termo impreciso [...] nada flutua mais

do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social" (VERAS, 1995, p. 25).

Ao analisarmos a definição dos termos "*velho*" e "*idoso*" no dicionário da língua portuguesa observamos que "*idoso*" é uma pessoa que tem muitos anos de vida; "*velho*" apresenta essa mesma definição, mas também é utilizada para mencionar coisas antigas, antiquadas ou usadas (FERREIRA, 2010). Geralmente, o termo idoso está relacionado à questão cronológica, aos anos vividos, como é definido pela Política Nacional do Idoso - Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994) e pelo Estatuto do Idoso - Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), que consideram "idosa" a pessoa maior de 60 anos de idade. No entanto, para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2002), a idade idosa é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Assim, em países em desenvolvimento é considerado o marco inicial da velhice a idade de 60 anos e em países desenvolvidos, 65 anos. A Constituição Federal Brasileira no Art. 230 também considera como idosos aqueles indivíduos maiores de 65 anos (BRASIL, 1988).

O envelhecimento, de acordo com Papaléo Neto (2011), pode ser entendido como um processo natural, dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga, como doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requer assistência – senilidade (PAPALÉO NETO, 2011). Admite-se que fatores extrínsecos podem

intensificar os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos, contribuindo para diminuição da independência do idoso (PAPALÉO NETO, 2006; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2011).

Destarte, trata-se de um grupo etário bastante heterogêneo, constituído por pessoas com idades que variam de 60 a mais de 100 anos, incluindo indivíduos com graus diferenciados de autonomia (CAMARANO, 2010).

Entretanto, Neri e Freire (2000) afirmam que, além da idade cronológica, dos sinais físicos, cognitivos e afetivos que são geralmente associados ao envelhecimento, outros aspectos devem ser levados em consideração. Esses perpassam pela forma como cada indivíduo administra seu tempo, suas relações interpessoais e como percebe a si próprio diante desse processo do envelhecer.

Nesse contexto, a velhice pode ser percebida como um processo heterogêneo, uma vez que cada indivíduo vivencia essa fase da vida com base na sua história particular, em seus aspectos culturais, sociais, econômicos, psicológicos, relacionais, biológicos, na saúde, entre outros com consequências que modificam a relação do homem no tempo, com o mundo e com a sua própria história (BEAUVOIR, 1990). Corroborando com esse pensar, Debert (1998) afirma que a velhice não se apresenta como uma categoria universal e que essa etapa do ciclo de vida é elaborada, simbolicamente, com rituais experimentados pelos indivíduos e que contribuem para sua construção histórica e social. Pode-se dizer que envelhecimento é um processo biológico culturalmente idealizado, socialmente construído e conjunturalmente definido.

Outras autoras que abordam o envelhecimento, como Beauvoir (1990) e Bosi (1983), defendem que a velhice é

percebida como um fenômeno natural e social, que se desenvolve no ser humano, que defronta com problemas e limitações de ordem diversas que singularizam esse processo. Elas concluem em suas obras que a sociedade estabelece clichês em relação ao envelhecer, pois consideram a pessoa idosa apenas como um objeto da ciência, da história e da sociedade, baseados apenas na descrição exterior, isto é, o idoso é descrito pelo outro e não por ele próprio. Escreve Beauvoir (1990, p. 15): "O homem não vive nunca em estado natural: na sua velhice seu estatuto é imposto pela sociedade à qual pertence.".

Aspectos demográficos do envelhecimento

Os países desenvolvidos sempre tiveram como característica populacional a presença de um percentual elevado de idosos, ao contrário dos países ditos subdesenvolvidos, como o Brasil, que era, até pouco tempo, classificado como um país de jovens. No entanto, esse quadro vem se alterando de forma rápida e intensa nos últimos anos. De acordo com o Relatório do Banco Mundial (BIRD, 2011), publicado no ano de 2011, o Brasil envelhece em um ritmo mais rápido que os países desenvolvidos. Segundo o levantamento, as nações ricas, primeiro ficaram ricas para depois ter uma população mais idosa. O Brasil e outros países emergentes seguem o caminho oposto, envelhecendo antes de ficarem ricos. Um exemplo disso é a França que aumentou de 7% para 14% a população acima de 65 anos ou mais, em um período de mais de um século, ao passo que o Brasil passará pelo mesmo processo em apenas duas décadas (de 2011 a 2031). A previsão é que nos próximos 40 anos, a população brasileira como um todo cresça uma média de apenas 0,3% ao ano, mas os

idosos crescerão a uma taxa de 3,2%, ou seja, dez vezes mais (BIRD, 2011).

As projeções do BIRD também revelam que a população idosa brasileira deve triplicar nos próximos 40 anos, saltando de 20 milhões, no ano de 2010, para 65 milhões, em 2050, trazendo desafios para o sistema de saúde brasileiro (BIRD, 2011). O Brasil terá, proporcionalmente, mais idosos do que o Japão, que é o país mais envelhecido do mundo. Outra constatação é o aumento do número de pessoas idosas com algum tipo de dependência em relação ao de cidadãos economicamente ativos, ou seja, o total de idosos, na atualidade equivale a 11% da população ativa e, em 2050, esse percentual será de 49% (BIRD, 2011).

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as pessoas com mais de 60 anos somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando essa faixa etária, contabilizava 10,7 milhões de pessoas (IBGE, 2010). Comparando os números das pesquisas de 2009 com os dados de 2011, a população idosa aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas e estimativas revelam que, até 2025, o Brasil pode apresentar a sexta maior população de idosos em nível mundial (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Ao mesmo tempo, o número de crianças de até quatro anos no país caiu de 16,3 milhões, em 2000, para 13,3 milhões, em 2011 (IBGE, 2010).

Além do aumento percentual da população idosa nos próximos 30 anos, outro aspecto importante observado é o de menor disponibilidade de ajuda familiar para os idosos que precisam de acompanhamento, por causa da saída da mulher,

que geralmente assume o papel de cuidadora do idoso dependente, do ambiente doméstico para o mercado de trabalho e da mudança nos modelos e valores familiares. A projeção do BIRD é que o número de idosos sem cuidados familiares duplique até 2020 e quintuplique até 2040 (BIRD, 2011).

A apresentação desse cenário pode ser reflexo da combinação de diversos fatores, como a diminuição das taxas de fecundidade, redução da mortalidade, ampliação da expectativa de vida ao envelhecer, melhoria dos serviços de saúde, o uso de novas tecnologias em geral, entre outros (IBGE, 2010).

Esse novo perfil demográfico, de acordo com estudiosos de população, tende a gerar grandes desafios para o sistema público, principalmente para a saúde e previdência social, pelo fato de o país não ter se preparado de forma adequada para se adaptar às demandas dessa parcela da população (WONG; CARVALHO, 2006).

Conceitos e características da deficiência

A definição do termo deficiência traz conotações de natureza social, política, cultural, religiosa, entre outras, sendo influenciada pelo contexto histórico inerente às diferentes etapas da civilização humana. A deficiência não é uma situação nova, desde os seus primórdios a humanidade convive com pessoas portadoras desse tipo de agravo. Na Era Primitiva, as pessoas com algum tipo deficiência sofriam práticas de extermínio e abandono, pois elas não serviam à própria sobrevivência e ao clã (SCALZER, 2002). Durante a Idade Antiga a deficiência era comparada a um fardo, uma espécie de castigo divino ou pecado o qual a pessoa carregava consigo, razão da proibição na

participação em cultos de cunho religioso (SIGAUD; REIS, 1999).

Com o cristianismo, na Idade Média, as pessoas com deficiência passaram a ter a vida poupada, mas eram confinadas em vales e porões (OLIVEIRA, 2010). Com os novos ideais lançados pela Revolução Francesa e com a expansão da ciência, começou-se a pensar em maneiras de compensar a deficiência e ela passou a ser considerada remediável (OLIVEIRA, 2010).

Com a presença de indivíduos mutilados da Revolução Industrial e da Segunda Guerra Mundial, iniciou-se um processo de criação de leis trabalhistas e atenção especializada para as pessoas com deficiência (BAHIA, 2006). Na década de 1960, emergiram os movimentos mundiais e nacionais que ergueram o paradigma da inclusão com o lema de "equiparação de oportunidades", norteado pela noção de pleno gozo dos direitos por todo e qualquer cidadão, trazendo à tona discussões acerca das pessoas com deficiência (SASSAKI, 2006).

A partir do século XX, grandes mudanças ocorreram na sociedade e conquistas significativas foram alcançadas pelas pessoas com deficiência, nos mais variados campos, como o social, de saúde, educacional, nas políticas públicas de bem-estar, o que fez evoluir das ações de assistência e promoção social para as de seguro social e saúde pública. Também foram realizados encontros e congressos que tratavam sobre o assunto levando à apresentação e discussão dos problemas e demandas dessa população. Começaram a ser elaboradas as primeiras legislações sobre previdência social, direitos do trabalho, reabilitação e inserção social, além do aparecimento de entidades e instituições privadas voltadas para essas questões.

A definição de deficiência ainda não está totalmente estabelecida, é possível identificar duas grandes tendências, como a estadunidense, baseada nos direitos civis que adota o termo "*pessoa com deficiência*" ou "*pessoa portadora de deficiência*", e a britânica, que se baseia no modelo social da deficiência, utilizando o termo "*pessoa deficiente*" ou "*deficiente*" (DINIZ, 2003).

Na Legislação Brasileira, a Lei nº 7.853/1989 (BRASIL, 1989), que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, utiliza a nomenclatura "*pessoa portadora de deficiência*", que é designada como "a pessoa que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividades" (BRASIL, 1989). Ou seja, com a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarreta o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 1989).

Durante algum tempo, o uso do termo "*deficiente*" para se referir às pessoas que experimentavam a deficiência foi evitado por ser percebido como um algo estigmatizante, sendo atribuídos outros termos alternativos como "pessoa portadora de necessidades especiais", "pessoa portadora de deficiência" ou o mais recente, "pessoa com deficiência", contudo, sempre buscando destacar a importância da *pessoa* quando feita referência à deficiência (CAMARANO, 2004).

No dicionário da língua portuguesa o termo "*deficiente*" é descrito como falho, carente, incompleto, imperfeito (FERREIRA, 2010). Esse conceito é vinculado somente ao aspecto biológico do indivíduo, que busca compreender a deficiência com base nas explicações fisiológicas e anatômicas. No entanto, Resende e Neri (2009) explicam que, no aspecto social, a deficiência pode ser compreendida como resultado da falta de equilíbrio entre as condições do indivíduo que é acometido por uma limitação funcional, suas expectativas em relação ao desempenho nas atividades de vida diária e a carência ou a inadequação de condições instrumentais e sociais que lhe proporcionem funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a autoestima.

De acordo com o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (WHO, 2012), mais de um bilhão de pessoas, em todo o mundo, convivem com alguma forma de deficiência, e dessas, aproximadamente 200 milhões apresentam dificuldades nas suas atividades funcionais. A tendência é que, com o envelhecimento da população, esse número aumente, pois os idosos apresentam risco maior de doenças crônico-degenerativas, como *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico (AVE), entre outras, que podem ter como consequência uma deficiência física.

Dados do IBGE (2010), apresentados pelo Censo 2010, revelam que, no Brasil, aproximadamente 45 mil pessoas apresentam pelo menos uma deficiência. Na análise por sexo, 26,5% da população feminina (25,8 milhões) possuía alguma deficiência, contra 21,2% da população masculina (19,8 milhões). O IBGE (2010) também investigou a incidência das deficiências por faixa de idade e os dados indicaram que, em

crianças de 0 a 14 anos de idade, 7,5% apresentaram pelo menos um tipo de deficiência. Na população de 15 a 64 anos, a prevalência de pelo menos uma das deficiências foi 24,9%, ao passo que na população com 65 anos ou mais, a prevalência atingiu mais da metade (67,2%) (IBGE, 2010). A explicação para o aumento proporcional da prevalência de deficiência em relação à idade pode ser atribuída às peculiaridades decorrentes do processo natural de envelhecimento ou como consequência das doenças crônicas que afetam mais as pessoas idosas.

Em relação ao tipo de deficiência, a visual atinge 35 milhões de pessoas (37,4%), 16,0% dos homens e 21,4% das mulheres, seguida da deficiência motora, com 13,3 milhões de pessoas (5,3% homens e 8,5% mulheres), a auditiva atinge 9,7 milhões de pessoas (5,3% dos homens e 4,9% das mulheres), e mental ou intelectual, 2,6 milhões de pessoas (1,5% homens e 1,2% mulheres).

No entanto, a pessoa deficiente não pode ser taxada como doente, como muitas vezes tem acontecido na sociedade. De acordo com a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Lei 7.853, as deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam a presença de uma doença ou que a pessoa deva ser considerada doente (BRASIL, 1989). É preciso compreender a deficiência, mesmo que esteja relacionada a uma doença ou a uma sequela de um processo mórbido de longa duração, tecnicamente, não pode ser atrelada à doença.

Existe ainda, variações relacionadas ao conceito de deficiência, quanto ao modelo médico e ao modelo social, o que pode dificultar a troca de informações nas discussões, pesquisas,

planejamento e execução das ações em prol da pessoa com deficiência. Esses dois modelos são apresentados separados, mas a deficiência não deve ser vista como algo somente médico ou somente social, é necessária uma abordagem mais equilibrada, que dê a devida importância aos diferentes aspectos que envolvem esse fenômeno, como é abordado no Relatório Mundial Sobre a Deficiência (WHO, 2012).

Um terceiro modelo é apresentado por Pereira (2006), o religioso, que estaria presente desde os primórdios da deficiência, em que acreditava-se que os espíritos maléficos ou benévolos tinham o poder para influenciar o comportamento e a vida das pessoas, com o passar dos anos essas explicações sobrenaturais foram substituídas pelas explicações naturalistas.

O modelo médico considera a deficiência como um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde, que pressupõe relação de causalidade entre a lesão ou a doença e a experiência da deficiência. A deficiência, nesse modelo, é a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

> Nesse modelo médico, as deficiências podem ser classificadas quanto à disfunção em:
>
> 1) deficiência física de origem motora: amputações, malformações ou sequelas de vários tipos;
> 2) deficiência sensorial: auditivas (surdez total ou parcial) e visuais (cegueira total ou parcial);
> 3) deficiências mentais de vários graus, e de origem pré, peri ou pós-natal;

4) múltiplas: associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 1989).

Quanto à origem, a deficiência pode apresentar-se de duas formas: perinatais, que incluem as congênitas (aquelas provenientes desde o nascimento por malformações, por doença da mãe ou do feto e distúrbios genéticos), e peri e pós-natais, que são adquiridas ao longo da vida, por exemplo as paralisias, hemiplegia, tetraplegia, amputações, entre outras (BRASIL, 1989).

Em relação à duração, a deficiência pode se apresentar de maneira temporária (quando tratada, permite que o indivíduo volte às suas condições anteriores); recuperável (quando permite melhora diante do tratamento, ou suplência por outras áreas não atingidas); definitiva (quando apesar do tratamento, o indivíduo não apresenta possibilidade de cura, substituição ou suplência); compensável (que permite melhora por substituição de órgãos como o uso da prótese na amputação) (MATTOS; GORGATTI, 2003).

O uso de nomenclatura própria e categorização para definir e classificar a deficiência é uma maneira de ajudar a compreender melhor o problema e adotar medidas de atenção aos portadores de deficiência. Com base nisso, em maio de 2001 foi inserida na *Família de Classificações Internacionais* da Organização Mundial de Saúde (OMS) - *World Health Organization Family of International Classifications* (*WHO-FIC*) (WHO, 2001) a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), constituindo o quadro de referência universal, adotado pela OMS, para descrever, avaliar e medir a

saúde e a incapacidade quer no âmbito individual, quer no âmbito da população. A CIF é uma classificação com múltiplas finalidades, pode ser utilizada de forma transversal, em diferentes áreas disciplinares e setores, como o da saúde, educação, segurança social, emprego, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais. Com a CIF é possível estabelecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados entre países, serviços de atenção à saúde, assim como o acompanhamento no transcorrer de tempo.

Os conceitos apresentados na CIF sustentam um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, em que não são observados somente as condições de saúde-doença, mas também o contexto do meio ambiente físico e social, as diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Essa classificação está baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais (WHO, 2001). Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Nesse modelo, cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados e influenciáveis. A CIF reflete a ideia de que a deficiência é o resultado de interação de habilidades, capacidades e meio ambiente (WHO, 2001).

O uso de categorizações para os portadores de deficiência pode ser percebido como forma de estigmatização. Entretanto, não se pode deixar de usá-las, pois elas contribuem para a compressão dos problemas inerentes aos grupos de pessoas portadoras de diferentes deficiências (RESENDE, 2001). Por isso, a CIF foi aceita pelas Nações Unidas como uma das suas classificações sociais, considerando-a como o quadro de referência apropriado para a definição de legislações internacionais sobre os direitos humanos, bem como, de legislações nacionais.

Na contemporaneidade, as pessoas portadoras de deficiência necessitam de recursos pessoais e sociais para enfrentar os preconceitos e estereótipos existentes na sociedade. Essa parcela da população, assim como a pessoa idosa, ainda é objeto de discriminação e preconceito, pois são visualizadas de forma negativa no meio da multidão (MONTANARI, 1999).

Nesse contexto, o modelo social da deficiência surgiu como alternativa em relação à abordagem do modelo médico sobre a deficiência. Nesse, sugere-se que a deficiência não pode ser percebida e entendida apenas como uma questão individual, mas uma questão da vida em sociedade, transferindo a responsabilidade pelas desvantagens das limitações corporais do indivíduo para a incapacidade da sociedade em prever e se ajustar à diversidade (OLIVER, 1990).

Assim, a diferença presente entre o modelo social e o modelo médico está na lógica de causalidade da deficiência. Para o modelo social, a sua causa está na estrutura social. Para o modelo médico, no indivíduo. A esse respeito, Camarano (2004, p. 108), escreve que "O ponto de partida teórico do modelo

social é de que a deficiência é uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive", no entanto, a organização social se mostra pouco sensível à diversidade corporal.

Destarte, a deficiência, no modelo social, deixa de ser um problema trágico, que afeta o indivíduo de forma isolada, que a única resposta social apropriada é o tratamento médico (modelo médico), para ser percebida como uma situação de discriminação coletiva e de opressão social, em que a única resposta apropriada é a ação política (OLIVER; BARNES, 1998).

Essa perspectiva social não significa, no entanto, que os teóricos que a apoiam não reconheçam a importância dos avanços biomédicos para o tratamento ou melhoria do bem-estar corporal dos deficientes. Ao contrário, novas técnicas de tratamento proporcionadas pelos avanços biomédicos foram e são bem-vindas.

O envelhecer com deficiência física

A condição de velhice e deficiência física gera na mente humana pré-conceitos e tabus, como o mito da dependência e da improdutividade que vêm sendo perpetuados ao longo dos anos (RESENDE, 2001). Quando esses dois aspectos, envelhecimento e deficiência, são encontrados no mesmo indivíduo, a tendência é achar que as dificuldades e limitações para realização das atividades da vida diária serão ainda maiores. Visão essa estigmatizada, discriminatória e limitada em relação às capacidades dessa parcela da população.

Muitas vezes o termo "*deficiente*" carrega consigo uma conotação negativa que pode afetar não só o indivíduo em si, que se identifica como diferente dos demais por apresentar alguma alteração de natureza física, visual, mental, entre outras, mas também pode afetar a sua conduta, seus pensamentos e sua identidade, os quais passam a se confundir com a deficiência que possui.

Desse modo, pode-se observar que, no transcorrer da história, cada cultura apresentava concepções próprias a respeito dessa temática, em que pessoas com deficiência foram submetidas à prática do extermínio, exclusão, institucionalização e segregação do convívio social, tornando-se parte das *minorias* que, assim como outros grupos, são condicionados à desvantagem social em relação aos outros (PEREIRA, 2006). No contexto atual, busca-se a integração e a inclusão social das pessoas com deficiência (PEREIRA, 2006) e da pessoa idosa, vislumbrando uma época de respeito e reconhecimento dos direitos e do papel social desses indivíduos.

A imagem da deficiência é, muitas vezes, empregada como metáfora associada a temas como morte, tragédia, esforço e fragilidade, que está presente nas imagens descritas na literatura, cinema, fotografia e, até mesmo, nos relatos bíblicos (FERRER; GREGG, 1998). Diante dessa exposição e massificação das imagens, o indivíduo, ao tomar consciência de que é "uma pessoa com deficiência", a partir de uma deficiência adquirida recentemente, pode trazer consigo a estigmatização, o conflito e o sofrimento.

Essa mesma ideia é, muitas vezes, atribuída ao envelhecimento, mesmo não sendo patológico, é descrito como

uma fase de fragilidade, incapacidade, doença, dependência, improdutividade e ocupação de um papel secundário na sociedade (SOUSA; CERQUEIRA, 2006). Essa visão provém da forma estigmatizada de conceber a velhice, decorrente do processo sociocultural, que expressa um sentimento de declínio e de menos valia aos papéis sociais, econômicos e culturais da pessoa idosa, dentro da sociedade em que vive (ARCURI; OLIVEIRA; RAMOS, 2004; GOLDMAN, 2008).

Podemos dizer que, apesar do avanço científico-tecnológico, não se extinguiram do imaginário social determinados conteúdos e significados pejorativos acerca da pessoa com deficiência e da pessoa idosa. No entanto, essa situação se apresenta conflituosa, uma vez que "várias pessoas idosas se mantêm saudáveis, demonstrando que há vários modelos de envelhecimento e de velhice" (FALCÃO; CARVALHO, 2010, p.12). Nesse sentido, envelhecer é uma experiência plural e não precisa necessariamente estar acompanhada de perdas, doenças e afastamento social.

Bosi (2004) salienta a intolerância em relação à figura da pessoa idosa fazendo uma crítica à sociedade moderna, que oprime a pessoa idosa utilizando-se de mecanismos institucionais visíveis (a burocracia da aposentadoria e dos asilos), de mecanismos psicológicos sutis (recusa do diálogo e da reciprocidade que forçam a pessoa idosa a comportamentos repetitivos e monótonos, a tolerância de má-fé que, na realidade, é discriminação) e de mecanismos técnicos e por mecanismos científicos (as "pesquisas" que demonstram a incapacidade e a incompetência da pessoa idosa).

No aspecto individual, a alteração permanente na aparência física, por causa da aquisição de uma deficiência física ou pelo processo natural do envelhecimento, pode passar a ser vista como objeto de vergonha, já que adquirem imagem e incapacidades físicas em relação ao padrão de estética e produtividade da sociedade, o que pode gerar, no indivíduo, sentimentos perturbadores, ansiedade, medo, insegurança, depreciação e falta de autoestima, levando a situações de rejeição de suas formas de expressão e de sua convivência social.

Sobre essa questão social, Paiva e Goellner (2008) relatam que as relações sociais podem modificar-se na medida em que o indivíduo passa por uma alteração do corpo, pois essa mudança pode produzir um novo lugar social e um modo diferente de permanecer no mundo. Assim, a forma de se ver, por si e pelos outros, em relação à deficiência e ao envelhecimento, pode definir a dinâmica das interações sociais na vida do indivíduo idoso com deficiência física.

Outra atitude relacionada à deficiência é a piedade que, segundo Pereira (2006, p. 149) é uma prática antiga, inadequada e desrespeitosa, pois, "além de tomar a pessoa com deficiência por objeto de caridade, um gesto dessa natureza é bem mais eloquente do que uma declaração verbal do tipo 'você é um inválido', ou 'você é um incapaz'".

Para Amaral (1992) existem dois tipos de deficiência. Uma seria a deficiência primária, que se refere à deficiência propriamente dita, ou seja, o impedimento, o dano ou anormalidade de uma estrutura ou função (o olho lesado, o braço amputado). Essa tem relação com fatores intrínsecos ou das limitações em si, que envolvem a díade pessoa e corpo. A

outra seria a deficiência secundária, que é aquela não inerente à diferença em si, mas relacionada à leitura que a sociedade faz dessa diferença. Assim, inclui-se as significações afetivas, emocionais, intelectuais e sociais que o grupo atribui à diferença.

Na sociedade atual a deficiência secundária pode ser identificada como forma de desenvolver ações sociais de preconceitos, estereótipos, que acabam por legitimar a diferença e, consequente, exclusão, aprisionando o indivíduo com deficiência na rede das significações da deficiência criada pela sociedade, sem qualquer conhecimento sobre o assunto, baseado somente no preconceito (AMARAL, 1992).

Entretanto, a deficiência e o envelhecimento também podem ser acolhidos como um fator positivo para o desenvolvimento do indivíduo e serem aceitos gerando estima, confiança e segurança em si e transmitido para os outros. A esse respeito, Resende (2001) afirma que as limitações impostas pela deficiência e pelo envelhecimento são superadas e as pessoas se adaptam às suas condições, pautadas nas circunstâncias de vida e na influência de fatores como a personalidade, as metas de vida, o temperamento do indivíduo e de fatores ambientais.

Nesse contexto, um dos grandes desafios para a pessoa idosa com deficiência física é vencer os obstáculos sociais e as atitudes que podem segregar mais que as limitações impostas pelos anos vividos ou pela deficiência. Muitas vezes, as dificuldades sociais enfrentadas por esses indivíduos são acarretadas pelas deficiências da sociedade em entender, atender e aceitar as demandas específicas dessa parcela da população.

Memórias e narrativas de vida de idosos com deficiência física

De acordo com Bosi (2004), os velhos são os "guardiões do passado". Por meio das memórias das pessoas idosas são percebidas as transformações ocorridas no espaço, na história, nas instituições, nos papéis sociais e no imaginário social. As relações do passado se tornam presentes por meio das lembranças e o idoso é peça fundamental na transmissão dos valores e crenças de uma geração. Corroborando com esse pensar, Bobbio (1997) relata que o grande patrimônio da pessoa idosa está no mundo maravilhoso da memória, fonte inesgotável de reflexões sobre nós mesmos, sobre o universo em que vivemos, sobre as pessoas e acontecimentos que, ao longo do caminho, atraíram nossa atenção.

Entretanto, o que se observa na sociedade atual é que a pessoa idosa, assim como a pessoa com deficiência, permanece à margem por ter suas representações coletivas, em grande parte, suprimidas no cotidiano. Entretanto, a memória de idosos pode deixar às claras um mundo com riquezas e diversidades que não conhecemos.

Ao procurar conhecer as memórias do idoso com deficiência física, pode-se identificar as transformações vivenciadas com o envelhecer e com a deficiência, conhecer sua história de vida, suas expectativas, dilemas e episódios marcantes dessa trajetória em construção e identificar em que quadros sociais estão sustentadas essas memórias.

A representação social acerca da pessoa idosa envelhecer com deficiência física, no presente, está impregnada de aspectos da memória herdada do contexto histórico e da história de vida

desse idoso. Assim, durante o processo histórico os sentidos atribuídos ao envelhecimento e à deficiência física passaram por várias mudanças, de acordo com as ideias e ações da sociedade daquele momento. Ou seja, o idoso constrói o sentido para o envelhecimento e a deficiência física em um mecanismo contínuo de ressignificação que agrega significados herdados do passado com conceitos vivenciados no presente.

Ao se ocupar do passado, ao repensar suas experiências, o velho reconstrói sua identidade. As memórias de eventos marcantes proporcionam lições e *insights* à composição da história de vida (GAUER; GOMES, 2008). Nesse sentido, memórias de eventos marcantes constituem marcos determinantes na organização da história de vida do indivíduo. Elas permitem que o sujeito defina a si mesmo, se reconheça na sua própria experiência e se expresse a respeito da sua trajetória singular (GAUER; GOMES, 2008). Segundo Damásio (2003), recordar eventos altamente emocionais, positivos ou negativos, pode ajudar a prevenir situações ruins e a tomar a direção do sucesso.

De acordo com Halbwachs (2006), os relatos de experiência fazem o sujeito mais do que reviver histórias, ele reconstrói, repensa com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado. A lembrança, para o autor, é projetada como se fosse um filme construído pelos acontecimentos presentes do indivíduo no conjunto daqueles que povoam sua consciência atual.

Ao expor suas experiências de vida, o idoso com deficiência física permite trazer à tona a memória individual e coletiva que é recuperada com base nos acontecimentos significativos que vêm à lembrança. Isso permite ter acesso ao testemunho subjetivo do

indivíduo, à luz das suas experiências e da sua vida particular, associado ao reflexo de uma época, de suas normas sociais de valores partilhados pela sociedade que esse indivíduo pertence. Ele pode rever a sua trajetória de vida, aprofundar e refletir sobre ela, podendo ser considerada uma atividade de autoconhecimento.

Além disso, pode refletir sobre as influências advindas da sociedade em que vive, uma vez que as lembranças estão relacionadas com os grupos sociais a que fazem parte, como a família, religião, classe social. São os marcos sociais que se refere Halbwachs (2004). Assim, a lembrança do trajeto de vida e da experiência de adquirir uma deficiência física, por parte da pessoa idosa, parecer ser um evento íntimo e particular, vividos em determinado contexto social. Mas, segundo Halbwachs (2006), que foi um dos primeiros autores a dedicar-se ao estudo da memória como fenômeno social, para que as memórias tenham significado e sejam validadas elas precisam dos outros, necessitam ser partilhadas com os outros.

Para Halbwachs (2006), as memórias de uma pessoa nunca podem ser apreciadas como estritamente individuais, uma vez que todo indivíduo está inserido em uma sociedade, relacionando-se com grupos, com outros indivíduos, ainda que apenas em pensamento. Mesmo as recordações consideradas mais pessoais de algum acontecimento, em que apenas a pessoa que lembra esteve presente, são, para ele, de alguma forma, coletivas. Em seu pensamento as lembranças são sempre relacionadas a quadros sociais, com base nas referências de um determinado ambiente coletivo (HALBWACHS, 2004).

Do ponto de vista social, as práticas de reminiscência, pelas quais se compartilham as memórias de eventos com outras pessoas, servem ao estabelecimento de intimidade e à veiculação de mensagens de crescimento (GAUER; GOMES, 2008). Essas memórias proporcionam compreender o modo de ser do indivíduo como sujeitos que construíram suas experiências em um contato social, cultural, familiar, escolar e em outras instâncias que contribuem para o seu modo de ser, tanto individual, quanto coletivo.

Assim, a compreensão das memórias dos idosos com deficiência física pode servir não apenas para o conhecimento do indivíduo, mas também essas lembranças, as experiências narradas podem contribuir para que outras pessoas, idosas ou não, que possuem o mesmo quadro ou não, possam ser influenciadas e estimuladas pelos fatos narrados. A contribuição das narrativas dos idosos não se limita ao aspecto particular, individual, mas também para o coletivo e social. Por meio das lembranças podemos ter contato com as experiências vividas e seus sentidos podem ser transmitidos ao longo das gerações, influenciando a compreensão do mundo atual. De fato, as narrativas de momentos vivenciados pela pessoa idosa agregam múltiplas temporalidades (RICOUER, 2007).

A respeito disso, Bosi (2003), em sua obra "*O Tempo Vivo da Memória: Ensaios de Psicologia Social*", escreve que a toda hora somos capazes de recuperar aspectos de nosso passado, mas o relato primordial é o que pode ser feito às outras pessoas ganhando, assim, uma dimensão social, fazendo com que os outros ampliem sua experiência, por meio das nossas palavras. Desse modo haverá troca e cumplicidade. A autora também apresenta, como exemplo, o título das memórias de Márquez

(2002): "*Viver, para Contar*" (a vida), que serve para todos nós. Viver algo notável gera a necessidade de contar e tudo o que nos acontece é notável porque nos concerne. Talvez se possa dizer, parafraseando Márquez, que se nos lembramos é para poder contar (BOSI, 2003). O falar aproxima as pessoas e as coloca num campo de significados comuns.

Corroborando, Arendt (2000) declara que os legados de uma geração podem ser transmitidos às gerações seguintes por meio da palavra. Por meio de suas "histórias", pouco expostas, as pessoas idosas com deficiência podem se inscrever socialmente e assim evidenciarem personalidade política, atuação social, cultural e econômica (MEIHY; HOLANDA, 2013). Com base nos relatos e situações de pessoas idosas com deficiência física pode vir à tona uma problemática pouco visível, convocando a discussão e a produção do saber e fazer na política pública (MEIHY; HOLANDA, 2013). Para Bosi (2003, p. 69): "Uma história de vida não é feita para ser arquivada ou guardada numa gaveta como coisa, mas existe para transformar a cidade onde ela floresceu." A história de vida narrada pela pessoa idosa com deficiência física não é apenas o recolhimento do testemunho pessoal, ela pode ser uma maneira de resgatar as camadas da população discriminadas e excluídas da sociedade.

Assim, pensando tanto na necessidade da apropriação da própria história, quanto na função social da transmissão da história da qual o sujeito é portador, torna-se necessário criar situações nas quais essas experiências vividas sejam relembradas, ressignificadas e contadas, ainda que os espaços para essas atividades estejam restritos. Ao idoso poucas vezes lhe é oferecida a oportunidade de compartilhar suas experiências de

vida, mesmo no seio familiar, tornando-se solitários e carentes de comunicação.

Considerações finais

A população idosa está aumentando a cada dia e traz consigo o aumento de pessoas com deficiência física, seja por causa do processo natural do envelhecimento ou pelas consequências dos agravos de saúde que acometem, em maior proporção, essa faixa etária. Diante disso, a visão do envelhecer com deficiência necessita tomar outros rumos, passando a ser compreendida na totalidade da vida do seu portador, considerando não somente o aspecto cronológico e físico, mas outros aspectos, como a dimensão subjetiva e os variados contextos socioculturais.

Assim, ir ao encontro das memórias e narrativas de vida dos idosos com deficiência física é uma maneira de dar voz a essa parcela da população que, geralmente, é estigmatizada e excluída por parte da sociedade. As experiências e os sentidos atribuídos ao envelhecer com deficiência física podem ser disponibilizados ou socializados, servindo como fonte de informações para os profissionais, como os da área de saúde, para uma maior compreensão e desenvolvimento de ações de prevenção e cuidado à saúde dessa parcela da população; para a família no apoio e ajuda nos embates da vida cotidiana; para outras pessoas que estão passando pelo mesmo problema, servindo como um exemplo e incentivo para lutar e vencer os obstáculos; e para a sociedade em geral, que deve se conscientizar que esses indivíduos são pessoas capazes, apesar de suas limitações.

Na conjuntura atual, tornam-se emergentes e necessários estudos multidisciplinares mais aprofundados sobre o envelhecer com deficiência, a fim de compreender de forma mais ampla o tema e a oportunidade para à quebra de tabus e preconceitos.

Referências

AMARAL, L.A. **Espelho convexo**: o corpo desviante no imaginário coletivo, pela voz da literatura infanto-juvenil. 1992. 399f. Tese (Doutorado em Ciências-Psicologia) - Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Psicologia, São Paulo, 1992.

ARCURI, I.; OLIVEIRA, P. P.; RAMOS, V. Momentos do corpo: corpo movimento, corpo emoção. **Revista Kairós**, v.7, n.1, p.137-149, 2004.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro.** 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

BAHIA, M. S. **Responsabilidade social e diversidade nas organizações**: contratando pessoas com deficiência. 4. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.4, p.816-823, 2010.

BANCO MUNDIAL. BIRD. **Population Aging**: Is Latin America Ready? Directions 2011 in Development. The World Bank. Washington, DC. 2011.

BATISTA, A. S.; JACCOUD, L. B.; AQUINO, L. I.; DARIO, P. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. El-Moor - Brasília: MPS, SPPS, 2008. 160 p. (Coleção Previdência Social; v. 28).

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOBBIO, N. **O tempo da memória**: de senectute e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOSI, A. Cultura Brasileira. In: MENDES, D. T. (Coord.). **Filosofia da Educação Brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória**: ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial. 2003.

_____. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 12. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 7.853. 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 out. 1989.

_____. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do

Idoso e dá outras Providências**. Diário Oficial da da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

_____. **Lei n. 10.741,** de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília (DF): Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos sessenta**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa:** um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M.M.L. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

DINIZ, D. **O modelo social da deficiência**: a crítica feminista. Brasília: Letras Livres, 2003. (Série Anis 28).

FALCÃO, D. V. S.; CARVALHO, I. S. Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. (Orgs.). **Idosos e saúde mental.** Campinas, SP: Papirus, 2010. p. 11-31.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p.187-93, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERRER B. A.; GREGG, N. Women with disabilities: missing voices. **Women's Studies International Forum**, v.21, n.4, p.429-439, 1998.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 609-617.

GAUER, G.; GOMES, W. B. Recordação de Eventos Pessoais: Memória Autobiográfica, Consciência e Julgamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v.24, n. 4, p. 507-514, 2008.

GOLDMAN, C. Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social. In: **Envelhecimento e subjetividade**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2008. p. 17-23.

HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria.** Barcelona: Antrophos, 2004.

_____. **A memória coletiva.** 2. ed. São Paulo: Centauro. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro. 2010.

MÁRQUEZ, G. G. **Vivir para contalar**. Bogotá: Ed. Norma. 2002.

MATTOS, E.; GORGATTI, M. G. Avaliação em esporte para portadores de deficiência. In: KISS, M. A. P. D. (Org.).

Esporte e exercício - avaliação e prescrição. São Paulo: Roca, 2003. p. 383-389.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2013.

MONTANARI, P. M. Jovens e deficiência: comportamento e corpos desviantes. In: SCHOR, N., MOTA, M. S. F. T., BRANCO, V. C. (Orgs.). **Cadernos juventude, saúde, desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 97-108.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

OLIVEIRA, J. B. **Psicologia do envelhecimento e do idoso.** 4. ed. Porto: Legis, 2010.

OLIVER, M. **The politics of disablement**. London: MacMillan, 1990.

_____; BARNES, C. **Disabled people and social policy**: from exclusion to inclusion. London: Longman, 1998.

PAIVA, L. L.; GOELLNER, S. V. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v.12, n.1, p.485-97, 2008.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2011. p.2-12.

PEREIRA, R .J. **Anatomia da diferença**: uma investigação teórico-descritiva da deficiência à luz do cotidiano. 2006.174p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, 2006.

RESENDE, M. C. **Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos com deficiência física**. 2001. 98p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – UNICAMP, Campinas, SP, 2001.

_____; NERI, A. L. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Rev. Psicologia em Estudo**, v.14, n.4, p.767-776, 2009.

RICOEUR, P. **A memória, a história, o esquecimento**. Tradução Alain François. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2007.

SASSAKI, R. K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2006.

SCALZER, F. R. **O sofrimento dos PNE's (Portadores De Necessidades Especiais) no mercado de trabalho nos âmbitos psicológico, sociológico e antropológico**. 2002. 120p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Faculdade de Administração Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2002.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Rev. Estudos de Psicologia,** v. 25, n.4, p. 585-593, 2008.

SIGAUD, C. H. S.; REIS, A. O. A. A representação social da mãe acerca da criança com Síndrome de Down. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 33, n.2, p. 148-56, 1999.

SOUSA, L.; CERQUEIRA, M. Influência do gênero nas imagens da velhice. **Revista Kairós**, v.9, n.2, p. 69-86, 2006.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; UERJ, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF**. Geneva: World Health Organization, 2001.

_____. **Active Ageing**. A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid Spain, Apr. 2002.

_____. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência. The World Bank**. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v.23, n.1, p. 5-26, 2006.

CAPÍTULO 9

AVANÇOS TECNOLÓGICOS E SEU ALCANCE EM IDOSOS VULNERÁVEIS

Maykon dos Santos Marinho
Luana Araújo dos Reis
Pollyanna Vianna Lima
Luciana Araújo dos Reis

Introdução

Atualmente, grandes transformações no cenário mundial têm sido observadas. Uma das características mais marcantes da sociedade no século XXI é o aumento progressivo da população idosa e o avanço cada vez mais intenso das tecnologias. O uso dessas novas tecnologias vem adquirindo importância cada vez maior em diferentes segmentos da sociedade, especialmente aquelas implementadas para atender aos idosos fragilizados e dependentes, que têm a necessidade de manter sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

Assim como o crescente avanço da tecnologia e da utilização da internet, diversas pesquisas realizadas atualmente apontam para um crescimento inquestionável da população idosa, não só no Brasil, mas também no mundo. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2009), o período de 1975 a 2025 foi considerado como a "Era do envelhecimento" da população humana, por causa do aumento do número de idosos no mundo.

Estima-se que entre os anos de 1980 e 2020 a população mundial total deverá crescer 80%, ao passo que o número de idosos crescerá 160% nesse mesmo período (SAMPAIO et al., 2007).

Em 1940, a proporção de pessoas idosas representava 4,1%, ao passo que em 2000 e 2010, esse grupo populacional passou a representar 8,6% e 10,79%, respectivamente (IBGE, 2008). Assim, o Brasil já pode ser considerado estruturalmente um país envelhecido, uma vez que mais de 7% da sua população é idosa (REIS; MASCARENHAS; TORRES, 2008). Esse aumento da expectativa de vida deve-se, em parte, pela melhoria das condições de vida propiciadas pelas ciências, que colabora com estudos no conhecimento de novas doenças, assim como tratá-las e possivelmente curá-las. A medicina e suas descobertas possibilitaram maior prolongamento da vida, ao mesmo tempo em que doenças vinculadas ao envelhecer foram surgindo, e hoje intensificam os estudos para propiciar ao grupo populacional da terceira idade um vivenciar mais saudável.

Em função desse envelhecimento, que normalmente pode vir acompanhado da ocorrência de enfermidade e comprometimentos da capacidade funcional, – uma vez que os idosos são mais vulneráveis às doenças e às suas consequências, resultando assim no aumento de doenças e incapacidades – faz surgir novas demandas que priorizam o bom funcionamento cognitivo e físico, com baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, bem como auxiliam no envolvimento ativo e participativo na sociedade. Nesse contexto de idosos vulneráveis, os avanços tecnológicos têm auxiliado os idosos em vários setores, como no diagnóstico e na prevenção de doenças características desse grupo, e especialmente na manutenção de habilidades funcionais que promovam inclusão, independência,

melhorando, assim, a autonomia e a qualidade de vida desses idosos (GALVÃO FILHO, 2013).

Para discutir os avanços tecnológicos e seu alcance em idosos vulneráveis neste capítulo, inicia-se discorrendo sobre os avanços tecnológicos na saúde, bem como os avanços tecnológicos e o envelhecimento, em seguida, faz-se uma breve reflexão sobre envelhecimento e vulnerabilidade, finalizando com o acesso dos idosos vulneráveis aos avanços tecnológicos.

Avanços tecnológicos e saúde

A sociedade contemporânea é caracterizada por profundas e constantes mudanças, em que são crescentes e cada vez mais acelerados os avanços tecnológicos na área da saúde, colocando à disposição dos profissionais e usuários os mais diversos tipos de tecnologias. Observa-se um acelerado processo de transformação e inovação tecnológica, que é marcado pela introdução de grande volume de técnicas, instrumentos, recursos diagnósticos e terapêuticos, produzindo mudanças significativas nas práticas de saúde cotidianas, nos processos de diagnóstico e de terapêutica utilizada e nas formas de organização e reorganização dos serviços de saúde (CAETANO; VIANNA, 2006; NOVAES, 2006).

Os avanços tecnológicos na saúde trouxeram muitos benefícios, como as informações obtidas pelos tomógrafos, a ressonância nuclear, o amplo uso do ultrassom como método diagnóstico, a mamografia na detecção precoce do câncer de mama, as detalhadas informações obtidas pela endoscopia digestiva e cineangiográfica, as microcirurgias, procedimentos cirúrgicos com auxílio da robótica e parâmetros biomecânicos para um diagnóstico, prognóstico e intervenções terapêuticas (CLIQUET, 2004).

As novas tecnologias no setor da saúde possibilitaram o aumento da qualidade de vida, tornando-a mais fácil, confortável e agradável (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Assim, com os investimentos em tecnologias e melhoria do padrão de vida da população, houve uma queda nos óbitos por doenças infectocontagiosas e, consequentemente, com a maior expectativa de vida, um aumento no número e no diagnóstico de doenças crônico-degenerativas (BRITO et al., 2012). Isso gerou novas demandas e necessidades ao serviço público de saúde, que ainda precisa se adequar.

No campo da prevenção, visando à remoção de fatores de risco, o avanço tecnológico das imunizações permitiu a erradicação mundial de doenças letais ou incapacitantes, como a varíola, e a erradicação em muitos países do sarampo e da poliomielite (HOMMA et al., 2011). A vacinação na perspectiva da organização do sistema de saúde brasileiro é um dos serviços oferecidos pela rede pública que vem alcançando índices satisfatórios, uma vez que o Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil é hoje considerado um dos mais completos entre todos os países (BRASIL, 2013).

Atualmente, o Ministério da Saúde apoia fortemente as atividades de inovação tecnológica. Vários fóruns foram criados para ampliar as discussões e, com maior número de atores, desenvolver propostas específicas, como o programa de inovação tecnológica de vacinas (Inovacina). O PNI do Brasil vem se fortalecendo com a incorporação de novas vacinas no seu calendário de imunizações, como as vacinas contra o rotavírus, pneumococos conjugada, meningite meningocócica do sorogrupo C conjugada, além do H1N1 para as populações de maior risco (HOMMA et al., 2011).

A área de diagnóstico em saúde tem produzido e incorporado novas tecnologias nas últimas décadas, abrangendo todas as suas áreas. O diagnóstico laboratorial utiliza cada vez menos material coletado, como sangue e outros fluidos, o que proporciona mais conforto ao paciente (CAMPANA; OPLUSTIL; FARO, 2011). Além de mais precisos, é cada vez maior a detecção de marcadores de doença cardíaca, marcadores tumorais, marcadores de doenças crônicas (reumatológicas, por exemplo), de anticorpos contra doenças infectocontagiosas, da dosagem de drogas no organismo. O surgimento de aparelhos portáteis para determinação dos níveis de glicemia revolucionou o tratamento do diabetes e trouxe a possibilidade de melhor controle da doença pelos próprios pacientes. Além disso, os avanços tecnológicos têm facilitado a vida de quem sofre de diabetes. A utilização de hipoglicemiantes orais e o aperfeiçoamento da insulina e seus métodos de administração, como bomba de infusão e via inalatória, agulhas cada vez mais finas, adesivos que substituem injeções, medidor de glicemia não invasivo por meio da saliva, tornaram melhor o controle do *Diabetes mellitus* tipos 1 e 2, e dessa forma melhorou a qualidade e a expectativa de vida de seus portadores.

Os equipamentos para métodos gráficos (eletrocardiograma, eletroencefalograma, polissonografia, eletroneuromiografia etc.) tornaram-se mais compactos, facilitando sua utilização em consultórios, por exemplo. Além disso, ganharam em sensibilidade, capacidade de registro e possibilidade de conexão com outros aparelhos de registro ou sistema de vídeo. O diagnóstico por imagem é, talvez, a área em que as novas tecnologias foram implantadas com maior velocidade, maior divulgação e, consequentemente, com maiores custos, embora, sem dúvida, com grandes benefícios (CERQUEIRA, 2007). O

aperfeiçoamento dos equipamentos de ultrassonografia, muitas vezes portáteis, permite o diagnóstico de modo rápido, não invasivo, de baixo custo de patologias abdominais e pélvicas.

O desenvolvimento de novos medicamentos e o aperfeiçoamento de técnicas anestésicas e cirúrgicas provocaram mudanças no tratamento de muitas patologias. O tratamento medicamentoso das doenças cardiovasculares, realizado inicialmente com diuréticos e digitálicos, ganhou em efetividade e adesão com o desenvolvimento de novas drogas anti-hipertensivas, como as que atuam no sistema renina-angiotensina. A terapia com estatinas em pacientes com nível elevado de colesterol mostrou redução de cerca de 30% de patologias coronarianas. As cirurgias para colocação de ponte de safena foram progressivamente substituídas pelo uso precoce de trombolíticos no tratamento do infarto agudo do miocárdio e da angioplastia com colocação de *stents* com medicamentos que desobstruem as artérias coronárias e previnem a formação de novos trombos (MARCOLINO et al., 2013; BRASIL, 2014).

Portanto, é possível perceber que o avanço da tecnologia foi responsável pelo extraordinário progresso alcançado pelos diferentes setores da sociedade moderna, de modo que, atualmente, a tecnologia permeia praticamente todos os setores da vida humana. Esse avanço tecnológico trouxe grandes contribuições ao setor saúde, são exemplos desse progresso: técnicas de tratamento e diagnóstico menos invasivas (como a endoscopia, o ultrassom e imageologia cardíaca); desenvolvimento de medicamentos mais eficazes que substituiriam cirurgias e internações prolongadas; desenvolvimento de vacinas em consequência do maior conhecimento sobre a natureza humana; mudança de hábitos e condições de vida propiciada pela educação, principalmente, por

intermédio dos meios de comunicação (redução de gastos, por exemplo, pela diminuição do número de fumantes e de alcoólicos); tendência à miniaturização de equipamentos hospitalares, o que determina a ampliação de sua capacidade, ao mesmo tempo em que se tornam mais baratos, semelhante ao que ocorreu na indústria de computadores e telecomunicações.

Assim, as inovações e o uso das novas tecnologias são sempre fundamentais no progresso das práticas médicas e consequentemente na melhoria da qualidade de vida. Incorporar as novas tecnologias nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação possibilita inúmeros benefícios, seja de pequeno ou grande impacto (ALMEIDA; MELLO, 2004).

Avanços tecnológicos e envelhecimento

Atualmente, a sociedade passa por inúmeras mudanças em todas as áreas do conhecimento humano. Os impactos produzidos nos últimos tempos na sociedade brasileira por meio dos avanços tecnológicos têm provocado uma profunda reestruturação no estilo de conduta, atitudes, hábitos e tendências da população, principalmente da população idosa.

O aumento da expectativa de vida e do contingente de idosos é um fenômeno mundial. Os avanços médicos e tecnológicos vêm propiciando o aumento considerável tanto na expectativa de vida da população, quanto na queda da taxa de natalidade (CORREA, 2009). Esse aumento da expectativa de vida deve-se, em parte, pela melhoria das condições de vida propiciadas pelas ciências e novas tecnologias, que colaboram com estudos no conhecimento de novas doenças, assim como tratá-las e possivelmente curá-las. A medicina, com suas descobertas, possibilitou maior prolongamento da vida, e

paralelamente, doenças vinculadas a esse envelhecer surgiram e hoje, com os avanços de novas tecnologias, tem propiciado ao público da terceira idade vivências mais saudáveis.

O processo de envelhecimento, de uma maneira geral, envolve uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo (SOUZA, 2011). Do ponto de vista fisiológico, algumas degenerações comuns a esse processo envolvem diminuição de força e resistência muscular, perda de massa corporal magra e redução da flexibilidade (WILMORE; COSTILL; KENNEY, 2010).

Os avanços tecnológicos têm auxiliado os idosos em vários setores, principalmente no diagnóstico e na prevenção de doenças características desse grupo, contribuindo, dessa maneira para a melhora da qualidade de vida na velhice. Contudo, é importante ressaltar a necessidade de se pensar qualidade de vida não só pelo estilo de vida, mas também as condições, hábitos individuais e modo de vida, que juntos caracterizarão as questões relativas à saúde de todos os segmentos da sociedade (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Ademais, quando se trata de qualidade de vida no envelhecimento, não se pode analisar fatores isolados mas, sim, deve-se considerar a associação de diversos componentes da saúde física, mental e social que afetam a vida dos idosos.

O impacto, na área da saúde, do aumento da expectativa de vida é significativamente maior, atualmente, fato que se deve, entre outros fatores, à existência de diversos exames preventivos proporcionados pelos avanços tecnológicos e científicos no setor da saúde, por exemplo, testes laboratoriais, bioimpedância, eletrocardiograma, ultrassons variados que têm diagnosticado precocemente e reduzido de maneira eficaz o número de doenças fatais e, além disso, esses exames têm alertado para a necessidade de

se aumentar os níveis de atividade física, auxiliando assim na diminuição do que é considerado hoje um dos maiores males mundiais, o sedentarismo. Em relação à atividade física, sabe-se que a adoção de um estilo de vida ativo reduz diretamente o risco de desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, além de promover mudanças em relação aos fatores de risco para numerosas outras doenças (RAPETTI; SANTOS; GOMES, 2011).

Nesse contexto, é possível perceber que as novas tecnologias também têm auxiliado a população de forma geral, por meio das muitas informações disponíveis sobre os alimentos e suas consequências para a saúde (AFFONSO; SONATI, 2007). Essa questão, no caso dos idosos, é muito relevante, pois esse grupo é muito suscetível a doenças crônicas degenerativas nas quais a alimentação exerce forte papel, como é o caso da hipertensão, diabetes e obesidade. É interessante ressaltar que a qualidade de vida no envelhecimento está focada em alguns fatores, como a eliminação do fumo, o aumento da atividade física e a melhora de padrões nutricionais. Além disso, há forte evidência de que esses aspectos quando trabalhados conjuntamente geram resultados mais eficazes e duradouros.

Aumentar o número de idosos assistidos por exames preventivos é de suma importância, uma das formas de se alcançar isso é a orientação por meio de programas públicos e privados, mostrando de maneira acessível por que e como esses exames devem ser feitos. Melhorar a qualidade de vida dos idosos é também garantir assistência nas questões nutricionais, sociais e de lazer. Esses contextos são constantemente beneficiados com as novas tecnologias. No entanto, é de extrema importância que se aumentem os investimentos na divulgação e no acesso às novas

tecnologias, para que os idosos possam usufruir integralmente de seus direitos como cidadãos.

Quando se trata de avanços tecnológicos na velhice, percebe-se que outros aspectos são relevantes além dos relacionados à medicina e que também são influenciados pelo avanço tecnológico. No âmbito social, percebe-se que um dos motivos para o distanciamento entre os jovens e os idosos é a informática que, em função da velocidade dos acontecimentos, muitas vezes pode ser um fator de exclusão social e de angústia para o idoso.

Essa aproximação da realidade com o mundo virtual pode ser de grande importância para a saúde psicológica dos idosos, uma vez que eles se sentirão capazes de interagir com um mundo que muitas vezes está tão distante deles. Segundo Kachar (2001), a tecnologia, no contexto de inclusão, surge como forma de contribuição na redução do isolamento, na estimulação mental, na diminuição do sentimento de inutilidade, e dessa forma contribui para a promoção do bem-estar da pessoa idosa, facilitando o estreitamento dos laços afetivos, por meio da internet, com a aproximação de parentes e amigos.

De acordo com Kachar (2009) além da questão da inclusão digital, que promove a integração social, os avanços tecnológicos podem atuar na perspectiva da prevenção, ao serem utilizados para aprimorar as habilidades cognitivas de pessoas na velhice. Um estudo realizado por Ordonez, Yassuda e Cachioni (2010) observa ganhos cognitivos em idosos que participaram de um processo de inclusão digital denominado Idosos *On-Line*. Os autores verificaram que o grupo experimental, ao ser comparado com um controle, apresentou no pós-teste um aumento significativo em linguagem e em memória. Dessa forma, ao entrar em contato com o computador, o idoso supera o primeiro desafio dessa inclusão, e com

isso amplia as relações interpessoais e entre gerações, reduz o isolamento social e, ao mesmo tempo, estimula a parte psíquica e mental. O resultado desse processo é a melhoria na qualidade de vida desses indivíduos e o sentimento de satisfação que é gerado quando se possibilita integrá-los na modernização.

Os avanços tecnológicos podem causar certa resistência à primeira vista, mas se tornam fascinantes quando os estigmas e estereótipos entre idoso e tecnologia são diluídos, dando lugar a um universo de possibilidades. Estar próximo de alguém e diminuir os medos do envelhecer e da solidão, socializar-se, divertir-se, encontrar amigos, ativar o corpo e os neurônios, melhorar os processos cognitivos, esses são alguns entre tantos outros benefícios que as novas tecnologias proporcionam aos idosos.

Diante do exposto, fica evidente que o aumento da expectativa de vida da população é fato comprovado e mostra que muitas questões epidemiológicas e sociais estão sendo solucionadas. No entanto, é imprescindível aumentar ainda mais o número de idosos beneficiados pelo avanço tecnológico, pois ele ainda é restrito a um segmento mais privilegiado da sociedade. Os avanços tecnológicos devem ser feitos de maneira maciça e eficaz, principalmente com os grupos com necessidades especiais da sociedade, incluindo os idosos. Dentro dessa lógica, um dos grandes problemas relacionados à saúde pública é prevenir doenças que, além de aumentar os gastos orçamentários, comprometem a qualidade de vida dos idosos.

No entanto, é imprescindível ressaltar a necessidade de alertar sobre os aspectos negativos que inevitavelmente esse avanço tecnológico pode trazer. Dentro dessa ótica, é importante prevenir a tendência ao sedentarismo e isolamento que podem estar embutidos em alguns casos: o uso de eletrodomésticos que

reduzem drasticamente os níveis de atividade física diária; o uso excessivo de veículos automotores e a preferência pela utilização de televisores e computadores que podem reduzir a socialização tão necessária na velhice.

Em suma, todos os grandes avanços tecnológicos têm seus aspectos positivos e negativos, e os órgãos públicos precisam investir em programas que garantam o máximo de acesso aos aspectos que beneficiam a qualidade de vida dos idosos, além do mais cabe aos órgãos públicos, familiares, profissionais da saúde alertar e prevenir os idosos sobre os fatores que possam vir a prejudicar esse envelhecimento saudável tão almejado.

Envelhecimento e vulnerabilidade

O processo de envelhecimento envolve um conjunto de processos biológicos, psicológicos e sociais que podem tornar os idosos mais vulneráveis. Os idosos passam pelo processo de senescência, tido como modificações características do envelhecimento, e também à senilidade, que ocorre por causa dos processos mórbidos que podem acometer os idosos, ou seja, os idosos podem ser considerados um grupo vulnerável por sua própria condição, resultante de seu ciclo vital. Desse modo, a utilização do conceito de vulnerabilidade possibilita a proposição de uma reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde relacionadas à promoção e proteção da saúde do idoso (MAIA, 2011).

O termo vulnerabilidade vem do latim *vulnerare* (ferir) e *vulnerabilis* (que causa lesão). Assim, pode ser definido como susceptibilidade de ser ferido, atacado, prejudicado ou sofrer danos em resposta a um estímulo. Com isso, todo ser humano estaria vulnerável (NEVES, 2007). De acordo com Rodrigues e

Neri (2012), a vulnerabilidade pode ser definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade e a autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses, por causa de déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos.

Segundo Amendola (2012), o conceito de vulnerabilidade segue por três planos independentes de determinação e, consequentemente, de apreensão da vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais e coletividades, considerando-se, fundamentalmente, três aspectos: o plano individual, o plano social e o plano programático.

De acordo com Amendola (2012), a vulnerabilidade individual parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis e que os modos de vida podem expor ou proteger contra o agravo. Portanto, vulnerabilidade individual é o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, a expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde.

As alterações biológicas, quando associadas à idade cronológica avançada, determinam uma maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte. Atualmente, no Brasil, observa-se uma queda acentuada da mortalidade infantil, redução da mortalidade por doenças infecto-contagiosas e um aumento significativo da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011).

Embora as doenças crônicas não sejam restritas às faixas etárias mais avançadas, em um estudo realizado por Telarolli Júnior e Loffredo (2014) verificou-se que entre as causas de óbitos mais frequentes entre os idosos, no período de 2006 a 2011, 34,7% correspondem a doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas

respiratórias (17,4%), as neoplasias (10,7%), e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (4,1%). Essas doenças, quando associadas à hospitalização, favorecem o declínio funcional e, consequentemente, encaminham-se para o desenvolvimento de incapacidades. A hospitalização e o repouso prolongado no leito, de forma intermitente, podem determinar o agravamento da situação de saúde do idoso, tornando-o mais frágil. Assim, o declínio da capacidade funcional conduz a pessoa idosa à limitação ou perda total da capacidade de desempenhar, de forma independente, suas atividades cotidianas.

De modo geral, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) são atingidas primeiramente, e são elas que servem como indicadores para detectar o comprometimento da capacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Essas atividades estão relacionadas à participação social do idoso ou à manutenção de sua integração com o meio social, que requer uma reorganização familiar. A partir de incapacidades instaladas nas AIVD's, as outras atividades básicas da vida diária (AVD's) também poderão estar comprometidas. Em 2012, foi realizado um estudo na zona rural de uma cidade localizada no alto sertão da Paraíba, mediante aplicação de questionário que avaliou as AVD e AIVD de 20 idosos. Sobre os dados coletados, segundo a escala de Lawton, a classificação do grau de dependência dos idosos mostrou que a maioria dos idosos apresentava dependência grave para as AIVD's (TAVARES et al., 2012).

Já a vulnerabilidade social (AMENDOLA, 2012) diz respeito às condições contextuais que definem a vulnerabilidade individual, entre elas a possibilidade de obter informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos, cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em

instituições. De acordo com Maia (2011), a vulnerabilidade social pode ser compreendida como multidimensional, afetando de diferentes formas e intensidade indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar. Ela é resultante da combinação de fatores que produzem a deterioração do nível de bem-estar de pessoas, famílias ou comunidades em consequência da exposição a determinados tipos de risco.

Desse modo, a vulnerabilidade social pode ser considerada dinâmica, pois implica na compreensão dos eventos que causam danos, das relações culturais, econômicas e políticas, que oferecerão os elementos sociais capazes de responder ou ajustar ao perigo, de forma que qualquer alteração em seus componentes possa aumentá-las ou diminui-las (MARANDOLA JR; HOGAN, 2006).

A vulnerabilidade programática (AMENDOLA, 2012) busca avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Inclui-se, ainda, programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle. Seu planejamento e execução ocorrem em níveis nacional, regional ou local, e os seus executores são os governos municipais, estaduais e federal, ou, até mesmo, as organizações não governamentais. Quando articulados, esses componentes priorizam análises e intervenções multidimensionais, considerando que pessoas, sob determinadas condições e em diferentes momentos de suas vidas, podem estar vulneráveis a um determinado agravo e não outros (MEYER et al., 2006).

Apesar de muitos autores apresentarem a relação entre a vulnerabilidade e a saúde, o conceito tem sido pouco explorado na área da gerontologia, atualmente, a terminologia

"vulnerabilidade" é utilizada para se referir aos idosos com susceptibilidade para desenvolver incapacidades ou para indicar os idosos com condições sociais desfavoráveis e que possuiriam menos acesso a oportunidades para atingir níveis satisfatórios de saúde e independência. Portanto, existe um consenso entre os estudiosos de que é possível se beneficiar dessa abordagem para compreender as questões centrais do envelhecimento (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006; SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

Um estudo realizado por Rocha et al. (2010), com idosos hospitalizados por causa de quedas, de fratura de quadril, evidenciou que os idosos do estudo apresentaram elevada vulnerabilidade individual, social e programática para sofrerem quedas seguidas de fratura de quadril. Dessa maneira, os autores concluíram que a utilização do conceito de vulnerabilidade permite uma visão mais ampla sobre o problema das quedas, tema relevante para os idosos. Em 2011, um estudo realizado por Andrew, Fisk e Rockwood, com idosos canadenses, verificou altos índices de vulnerabilidade social em idosos frágeis e também associação com altas taxas de mortalidade, independente da presença de fragilidade. Assim, os autores chegaram à conclusão de que os serviços de saúde deveriam estar atentos aos fatores sociais como parte integrante do cuidado ao idoso.

Sthal, Berti e Palhares (2010) realizaram um estudo para caracterizar os idosos hospitalizados de acordo a vulnerabilidade social e programática, quando ficou evidente a necessidade do cuidado integralizado em sua assistência, com ênfase na abordagem centrada no indivíduo e não na doença. Em relação à vulnerabilidade social, ela foi relacionada à baixa escolaridade, dificuldade de acesso a serviços de saúde e tendência a isolamento social. Ao componente programático e institucional foi destacado

o despreparo para o cuidado do idoso após alta hospitalar, seja por profissionais, leigos ou pela ausência de serviços de saúde para o atendimento dessa demanda específica.

A vulnerabilidade pode então ser considerada uma condição presente no envelhecimento, podendo se manifestar em diferentes dimensões. Identificá-la entre os idosos pode ser fundamental para auxiliar os gestores no planejamento dos serviços e das políticas públicas de saúde, dando prioridade para a prevenção, adiando os agravos e, consequentemente, diminuindo os custos.

Acesso dos idosos vulneráveis aos avanços tecnológicos

O rápido envelhecimento da população brasileira, principalmente o crescimento proporcional e absoluto de idosos longevos, chama a atenção. Pois esses são mais fragilizados e vulneráveis às doenças e enfermidades, e isso resulta em um aumento do comprometimento da capacidade funcional e autonomia dessa população (TAVARES; SOUZA, 2012).

Com base nesse pressuposto, torna-se imprescindível pensar em formas alternativas que permitam promover a autonomia dos idosos que apresentam algum declínio funcional, decorrente do processo de envelhecimento. Diante dessa realidade, de idosos dependentes, a sociedade discute a utilização de recursos que proporcionem a esse grupo populacional habilidades funcionais que promovam uma vida independente. Nesse sentido, a tecnologia assistiva (TA) apresenta-se como uma alternativa para promover a obtenção de autonomia, ou a máxima autonomia possível (GALVÃO FILHO, 2013).

As tecnologias assistivas são todos os recursos e serviços especialmente produzidos ou geralmente disponíveis para prevenir,

aliviar ou neutralizar deficiências e incapacidades, proporcionando, assim, maiores possibilidades de independência e autonomia dos indivíduos (GALVÃO FILHO, 2013). Portanto, a TA deve ser entendida como um auxílio que promoverá a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilitará a realização da função desejada, que se encontra impedida por circunstância de deficiência ou pelo envelhecimento (ANDRADE; PEREIRA, 2009).

A aplicação de TA abarca uma série de possibilidades do desempenho humano, desde tarefas básicas de autocuidado até atividades de lazer e trabalho. Assim, as Tecnologias Assistivas estão classificadas em instrumentos, que se apresentam como ferramentas que exigem habilidades especificas para serem utilizadas, por exemplo, cadeira de rodas, bengalas, e equipamentos, que são os dispositivos que não dependem de habilidades especificas do usuário, por exemplo, óculos, sistema de assento, aparelhos auditivos, lupas, entre outros (PELOSI; NUNES, 2010).

Vários tipos de TA têm sido propostos e implementados para atender aos idosos vulneráveis, com comprometimento da capacidade funcional, fragilizados e dependentes, que têm necessidade de manter sua autonomia e qualidade de vida. No Brasil, ainda existe uma carência no conhecimento e na aquisição desses dispositivos, principalmente pelas classes sociais de baixa renda, bem como pesquisas que tratam do assunto (BERSCH, 2013).

Segundo Czaja e Lee (2007), não ter acesso e não ser capaz de usar as tecnologias colocam cada vez mais os idosos em desvantagens em termos de sua capacidade funcional, independência e autonomia, ou seja, a TA e sua aplicação para a terceira idade é uma forma de superar as limitações apresentadas pelos idosos.

De acordo com um estudo de revisão bibliográfica realizado por Andrade e Pereira (2009) sobre a influência da TA em idosos vulneráveis, as evidências científicas concluem que o uso de recursos tecnológicos permite ao idoso, em muitos casos, desenvolver atividades funcionais com segurança, com isso aumentar sua independência e autonomia, além de diminuir a necessidade de cuidadores, evitar hospitalizações e institucionalizações, contribui também para a manutenção de funções motoras e cognitivas, interação social e melhoria da qualidade de vida.

Os idosos com comprometimento da capacidade funcional e algumas doenças crônicas perdem progressivamente a sua autonomia quanto às AVD's e às AIVD's e, dessa maneira, eles precisam de supervisão e assistência de seus familiares ou profissionais cuidadores. Estudos realizados com idosos com demência senil mostram que um ambiente adaptado com equipamentos de TA melhora a funcionalidade, autonomia e independência para a realização das AVD's e AIVD's, e alivia a carga de trabalho e o estresse de seus cuidadores (TAVARES et al., 2012; ALOULOU et al., 2013).

Pesquisas institucionais realizadas no Brasil, com idosos portadores de Parkinson, utilizando a TA por meio da música, demonstraram que os idosos obtiveram vários benefícios, entre eles estão a melhoria na postura, emissão e desempenho vocal, e na dinâmica respiratória (MEIRA, 2008). Percebeu-se que a tecnologia de ajuda mútua grupal, associada ou não a outras tecnologias cuidativas, contribuíram para o alargamento ou, pelo menos, para a manutenção das relações de possível suporte social, favorecedor da inclusão social dos parkinsonianos (SENA, 2010).

O uso das tecnologias assistivas no âmbito internacional está voltada para o idoso no domicílio, em que são feitas modificações e adaptações nas residências, em função dos indivíduos que estão envelhecendo com deficiência, dando ênfase à realização das AVD's e AIVD's e proporcionando, por meio dessa tecnologia, a autonomia e funcionalidade dos idosos para, assim, diminuir a carga de trabalho do cuidador do idoso (ALOULOU et al., 2013).

A TA pode ser usada para complementar ou substituir a necessidade de cuidadores formais ou informais. Os resultados encontrados em um estudo sobre TA para idosos indicaram diminuição da dependência deles para com seus cuidadores por meio do uso dessa tecnologia, por exemplo, um elevador hidráulico pode reduzir o tempo necessário para a transferência de um paciente paralisado da cama para uma cadeira; um vaso sanitário elevado e com garra pode eliminar a necessidade de ajuda de outra pessoa ao usar o banheiro; e a utilização de um cilindro de oxigênio portátil pode permitir a mobilidade independente quando ocorrer uma dispneia sem exigir assistência de outra pessoa (HOENIG; TAYLOR; SLOAN, 2003).

No que diz respeito às tecnologias assistivas direcionadas à pessoa idosa no Brasil, existe uma carência na produção de conhecimento a respeito de TA, o que pode influenciar na sua prescrição e aquisição desses dispositivos, principalmente pelas classes sociais de baixa renda (BERSCH, 2013). Portanto, essa escassez de conhecimento acerca da TA dificulta a ação de profissionais de saúde e cuidadores informais no que concerne o direcionamento de possibilidades que possam proporcionar longevidade com qualidade e êxito nas atividades da vida diária de pessoas idosas.

Dessa forma é possível afirmar que o uso da TA é ainda novo, e o termo serve para identificar todo o arsenal de recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais dos idosos vulneráveis e dependentes. Além disso, a utilização TA pela população idosa pode diminuir a necessidade de cuidadores formais e informais, prevenir acidentes e quedas, hospitalizações e institucionalizações, além de um menor gasto financeiro com o paciente. Portanto, trabalhar para a inclusão social do idoso significa trabalhar para a conquista e a prática da cidadania e, nesse sentido, a TA é um importante instrumento que não pode ser desconsiderado.

Considerações finais

Sabendo que a população idosa tende a aumentar significativamente, segundo projeções do IBGE, e que essas pessoas têm a probabilidade de desenvolver alguma doença crônica ao longo da vida, é preciso desenvolver e oportunizar formas alternativas de acesso às novas tecnologias para esse público. A TA surge com esta característica, de respeitar as limitações que porventura o idoso venha desenvolver, e oferecer uma possível solução para os problemas encontrados pela terceira idade. Assim a TA deve ser, então, entendida como um auxílio que promoverá a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilitará a realização da função desejada àqueles que se encontram impedidos por circunstâncias vulneráveis do envelhecimento.

Em suma, os profissionais da área, ao desenvolverem novas tecnologias apropriadas para os idosos estão, de certa forma, criando algo que poderão usufruir no futuro, pois os jovens de hoje são os idosos de amanhã. Os avanços tecnológicos podem trazer

um efeito protetor para os indivíduos ao longo da vida, diminuindo o isolamento, a fragilidade e a vulnerabilidade na velhice. Desse modo, as tecnologias contribuem para garantir as necessidades, independência, autonomia, promover a inclusão social, vislumbrando da longevidade com qualidade e êxito nas atividades durante todo o processo de envelhecimento, inclusive em casos extremos de vulnerabilidade.

Referências

AFFONSO, C.; SONATI, J. Hábitos alimentares e prevenção de doenças. In: VILARTA, R. (Org..). **Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida**. Campinas: IPES, 2007. p. 151-160.

ALMEIDA, G. W.; MELLO, R. C. Uso de novas tecnologias de informação por profissionais da área da saúde na Bahia. **Revista de administração contemporânea**. v.8, n.3, p. 9-27, 2004.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida:** definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Each, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf >. Acesso em: 21 ago. 2014.

ALOULOU, H. et al. Deployment of assistive living technology in a nursing home environment: methods and lessons learned. **BMC Medical Informatics and Decision Making**. v.8, n, 04, p.13-42, 2013.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1199-1207, 2008.

AMENDOLA, F. **Construção e validação de um índice de Vulnerabilidade de famílias e incapacidades e dependentes**. 2012. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) – Escola de enfermagem da universidade Estadual de são Paulo, São Paulo, 2012.

ANDRADE, V. S.; PEREIRA, L. S. M. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitário frágeis: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontolologia**, v.12, n.1, p.113-22, 2009.

ANDREW, M. K.; FISK, J. D.; ROCKWOOD, K. Social vulnerability and prefrontal cortical function in elderly people: a report from the Canadian study of health and aging. **International Psychogeriatrics**. v.23, n.3, p.450-8, 2011.

BERSCH, R. **Introdução à tecnologia assistiva**. 2013. Disponível em: <http://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2020**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. _____. _____. **Programa Nacional de Imunizações 40 anos**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Atendimento Farmacológico para o tratamento da doença arterial coronariana (DAC).** Brasília, 2014. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/17/StentFarmacologico-CP-111.pdf>. Acesso em 20 ago. 2014.

BRITO, I. L. et al. Avaliação das funções executivas em idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas. **Cadernos de Neuropsicologia**, v. 6, n.1, p. 46-62, 2012.

CAETANO, R.; VIANNA, C. M. M. Processo de inovação tecnológica em saúde: uma análise a partir da organização industrial. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.95-112, 2006.

CAMPANA, G. A.; OPLUSTIL, C. P.; FARO, L. B. Tendências em medicina laboratorial. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v.47, n.4, p.399-408, 2011.

CERQUEIRA, N. Alta tecnologia em imagem para melhorar diagnóstico clínico. **Inovação Uniemp**, v.3, n.6, p. 42-4, 2007.

CJAZA, S. J.; LEE, C. C. The impact of aging on access to technology. **Universal Access in the Information Society**, v.5, n.4, p.341-9, 2007.

CLIQUET JUNIOR, A. et al. Technological advances in orthopedics: upper and lower limbs analysis. **Acta Ortopédica Brasileira**, v.12, n.1, p.3-14, 2004.

CORREA, M. S. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade**: velhice e terceira idade. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

GALVÃO FILHO, T. A. A construção do conceito de tecnologia assistiva: alguns novos interrogantes e desafios. **Revista da FACED – Entre Ideias: Educação, Cultura e Sociedade**, v.2, n.1, p. 25-42, 2013.

HOENIG, H.; TAYLOR, D. H.; SLOAN, F. A. Does assistive technology substitute for personal assistance among the disabled elderly?. **American Journal of Public Health**, v.93, n.2, p.330-7, 2003.

HOMMA, A. et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência, saúde coletiva**, v.16, n.2, p. 445-58, 2011.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980 – 2050**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2014.

KACHAR, V. **Longevidade**: um novo desafio para a educação. São Paulo: Cortez, 2001.

KACHAR, V. Inclusão Digital e Terceira Idade. In: BARROSO A. E. S. (Org.). **Novas necessidades de aprendizagem**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; Fundação Padre Anchieta, 2009.

MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo -** Estudo SABE. 2011. 194 f. Tese (Doutorado em

Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARANDOLA Jr., E.; HOGAN, D.J. As dimensões da vulnerabilidade. **São Paulo em Perspectiva**, v.20, n.1, p.33-43, 2006.

MARCOLINO, M. S. et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v.100, n.4, p.307-14, 2013.

MEIRA, E. C et al. Tecnologia assistiva de vivências musicais na recuperação vocal de idosos portadores de doença de parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.11, n.3, p. 341-55, 2008.

MEYER, D. E. et al. Você aprende. A gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1335-342, 2006.

MINAYO, M.; HARTZ, Z; BUSS, P. Qualidade devida: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

NEVES, M. C. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 29-45.

NOVAES, H. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. esp, p.133-40, 2006.

ORDONEZ, T. N.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. Elderly online: effects of a digital inclusion program in cognitive performance. **Archives of Gerontology and Geriatrics,** v.53, n.2, p.216-19, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World population ageing**. New York: Population Division; DESA, 2009.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.3, p. 338-42, 2006.

PELOSI, M.B.; NUNES, L.R.O.P. Os terapeutas ocupacionais das unidades de saúde do município do rio de janeiro e suas ações na área de tecnologia assistiva. **Revista Teias**, v.11, n.23, p.149-62, 2010.

RAPETTI, L.; SANTOS, M. G.; GOMES, R. T. M. A atividade física como prevenção de algumas enfermidades. **Revista Digital**. v.16, n.155, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd155/a-atividade-fisica-como-prevencao-de-enfermidades.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.

REIS, L. A.; MASCARENHAS, C. H. M.; TORRES, G. V. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. **Fiep Bulletin**, v.78, n.1, p.89-92, 2008.

ROCHA, L. et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. **Escola Anna Nery**, v.14, n.4, p. 690-6, 2010.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e pragmática em idosos da comunidade dados do estudo Fibra. **Ciência; Saúde Coletiva**, v.7, n.8, p.2129-39, 2012.

SAMPAIO, L. S. et al. Prevalência de patologias ortopédicas em idosos atendidos em Hospital Público no município de Lajedo do Tabocal-BA. **Revista Enfermagem Atual**, v.1, n.41, p.30-2, 2007.

SENA, E. L. S et al. Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com parkinson e suas famílias. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.19, n.1, p. 93-103, 2010.

SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas**. Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.14, n.35, p. 867-77, 2010.

SOUZA, P. D. et al. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n.1 p.7-16, 2011.

STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. **Escola Anna Nery**, v.14, n.4, p. 697-704, 2010.

TAVARES, M. M. K. et al. Capacidade funcional do idoso: uma avaliação através das escalas de Barthel e Lawton. In: ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DA UFC NO CARIRI, 4., 2012. **Resumos...** Juazeiro do Norte-CE. 2012. p.1-4.

TAVARES, M. M. K.; SOUZA, S. T. C. Os idosos e as barreiras de acesso às novas tecnologias da informação e comunicação. **Revista Renole**, v.10. n.1, p.1-7, 2012.

TELAROLLI JUNIOR, R.; LOFFREDO, L. C. M. Mortalidade de idosos em município do Sudeste brasileiro de 2006 a 2011. **Ciência e saúde coletiva**, v.19, n.3, p. 975-984, 2014.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L.; KENNEY, W. L. **Fisiologia do esporte e do exercício**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2010**.**

CAPÍTULO 10

FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA UMA COMPREENSÃO AMPLIADA DO ENVELHECIMENTO

Marcos Henrique Fernandes
Thaís Alves Brito
Paloma Andrade Pinheiro
Ludmila Schettino
Rafael Pereira de Paula

Introdução

Nos últimos anos, tem-se observado o aumento do envelhecimento populacional concomitante com o avanço do número de doenças crônicas associadas, o que resulta em grandes perdas funcionais e restrições na execução de atividades diárias e um alto nível de dependência por parte dos idosos, o que constitui importante problema de saúde pública (HANSEN et al., 2011).

Este processo de transição demográfica e epidemiológica, associado ao aumento da expectativa de vida, tem impulsionado o surgimento de temáticas na área da gerontologia e a necessidade de discuti-las por meio do desenvolvimento de habilidades e competências para atender às novas demandas. Esses assuntos estão relacionados não só à área da saúde, mas também a diversas outras áreas, como a educação e a previdência social, exigindo,

portanto, a efetivação de um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), a intersetorialidade.

Entre essas questões, pode-se citar a regulamentação da profissão de cuidadores de idosos, desigualdade entre a demanda e oferta de cuidado, necessidade de cuidados formais, mudanças na estrutura familiar, aumento da razão de dependência, custos previdenciários, violência contra a pessoa idosa, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis em idosos, síndromes geriátricas, fragilidade e cuidados paliativos.

Essas temáticas dificilmente emergirão de conteúdos técnicos dos diversos cursos da área da saúde, ou, pelo menos, com o aprofundamento e a importância que deveriam, nem por disciplina específica ou aproximação com os serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção.

O processo de envelhecimento assume características peculiares e resulta em uma alta demanda por parte dos idosos em busca dos serviços de saúde, demonstrando, dessa forma, a evidente necessidade de uma formação qualificada de profissionais de saúde, a fim de que estejam preparados para atender essa parcela populacional em conformidade com os princípios do SUS (XAVIER; KOIFMAN, 2011).

Diante dessa problemática, chama-se a atenção para a importância da criação de disciplinas em Geriatria e Gerontologia nos cursos de graduação, núcleos de formação profissional em nível de pós-graduação, educação permanente dos profissionais e gestores de saúde do SUS e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, ações essas que já têm sido destacadas desde a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996) até as políticas mais

atuais, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Processo de formação em saúde

A Secretaria de Educação Superior brasileira tem assumido novo perfil nos últimos anos. Ela publicou, no período compreendido entre 2001 e 2004, por meio do Ministério da Educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em saúde, com o objetivo de conduzir a elaboração curricular nas diversas instituições. Baseado nas diversas especificações das diretrizes, entre elas a que se refere aos conhecimentos exigidos para se alcançarem as competências e habilidades específicas por curso (conteúdos essenciais à formação de cada um desses profissionais), identificou-se que apenas os cursos de Educação Física, Enfermagem, Medicina e Nutrição abordam diretamente o envelhecimento ou o idoso em suas DCNs (XAVIER; KOIFMAN, 2011).

O que se observa nas graduações em Saúde é a não aproximação entre a academia e a realidade dos serviços em saúde, ou seja, falta comunicação entre os gestores do ensino e os gestores do sistema de saúde, o que não favorece ou estimula a abordagem do conteúdo de Geriatria ou Gerontologia nos currículos. Outra situação identificada é que a redução da carga horária mínima para os cursos de graduação estimula uma concorrência entre os conteúdos necessários à integralização dos cursos (XAVIER; KOIFMAN, 2011).

Segundo Motta e Aguiar (2007) e Diogo (2004), o número de Instituições de Ensino Superior (IES) que abordam disciplinas voltadas para o envelhecimento, em seus respectivos cursos de

graduação em saúde, não tem sido suficiente para atender o rápido processo de aumento de demanda por parte dos profissionais de saúde decorrente do envelhecimento populacional que o país registra, e o consequente aumento da utilização dos serviços de saúde por esses idosos.

Outro importante problema observado nos currículos dos cursos da área da saúde é a inconsistência entre a formação oferecida nas disciplinas do eixo caracterizado como "aplicadas" e o modelo organizacional do estágio curricular. É bastante comum observar um grande hiato nesse processo de organização das atividades dos cursos, nos quais existem disciplinas aplicadas organizadas em ciclos da vida humana, como a Atenção à Saúde do Idoso. Porém na parte final da formação, durante o estágio supervisionado, o aprendizado é realizado por meio do atendimento de pacientes, de acordo com áreas que levam em consideração aparelhos e sistemas do corpo humano ou tradicionais áreas da medicina, como cardiorrespiratória, ortopedia e reumatologia, neurologia etc. Dessa forma, o estudante vê o paciente de acordo com o sistema ou órgão que tiver sido acometido, deixando de lado a visão do indivíduo como um todo, e no caso ainda mais específico da gerontologia, o sujeito em processo de envelhecimento, o qual é progressivo e sistêmico.

Um ponto a ser destacado em grande parte dos cursos de graduação é a estrutura curricular, em que as disciplinas da área de humanas, como antropologia, sociologia e psicologia ocorrem, muitas vezes, de forma descontextualizada e distante dos campos de atuação. Essas disciplinas são extremamente importantes para prática profissional diante do processo de envelhecimento com suas diferenças culturais e sociais, com a constante situação de lidar com perdas funcionais e afetivas, com vínculos familiares

entre gerações, com a morte e tantos outros aspectos cotidianos desse grupo populacional.

A formatação curricular fragmentada, entendendo-a como um produto social e historicamente situado, é antagônica e incoerente com a assistência holística que se preconiza com o indivíduo idoso. A discussão de conteúdos em "caixas" quando se pretende uma atuação com conhecimentos integrados e articulados; a formação individualista sem práticas interprofissionais integradas ao currículo, marcada pela disputa de espaços entre profissionais de áreas diversas estão distantes de atender aos desafios impostos pelo aumento do número de idosos nos serviços de saúde. Soma-se a isso o fato de que na maior parte dos campos de prática e estágio dedica mais a sua atenção, ou quase toda atenção, aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos.

A formação superior dos profissionais de saúde, parte integrante do sistema educacional brasileiro, tem sua inspiração no modelo industrial que, segundo Mosé (2008), é como uma linha de montagem de uma fábrica: as diversas disciplinas, sem conexão umas com as outras, são partes de um mundo que está distante do estudante. Assim, a vida e o contexto ficam afastados dos espaços formadores. Com essa configuração, Albuquerque et al. (2009) aprofunda-se na semântica e acrescenta que a educação é essencialmente passiva, fundada no acúmulo de dados e os espaços de formação que, além de isolados do mundo e da vida, nomeiam de “grade” o currículo e de “disciplina” os conteúdos.

De forma geral, as IES se voltam para uma formação cada vez menos generalista, o que demonstra uma inclinação para especialização ainda na graduação, deixando a desejar em alguns

aspectos que verdadeiramente dizem respeito ao trabalho, como a abordagem do envelhecimento na graduação, que é encontrada de forma incipiente. Apesar disso, constata-se uma formulação crescente de políticas posicionadas no campo da proteção social, que tensionam a existência do tema nos cursos de graduação em saúde, o que sugere uma expectativa para implementação desses documentos e adequação das IES em relação a seus currículos e aos campos de prática educacional (XAVIER; KOIFMAN, 2011).

De acordo com Martins Sá (2002), a formação do profissional de saúde que atua na atenção ao idoso deve ter como base o perfil do gerontólogo, como aquele apto a: apreender, histórica e criticamente, o processo do envelhecimento em seu conjunto; compreender o significado social da ação gerontológica; atuar nas expressões da questão da velhice e do envelhecimento, formulando e implementando propostas para o enfrentamento desse cenário; realizar pesquisas que subsidiem a formulação de ações gerontológicas; compreender a natureza interdisciplinar da gerontologia, buscando ações compatíveis no ensino, pesquisa e assistência; zelar por uma postura ética e solidária no desempenho de suas funções; orientar a população idosa na identificação de recursos para o atendimento às necessidades básicas e de defesa de seus direitos.

Em geral, o trabalho em saúde se caracteriza por ser um trabalho reflexivo, que depende da colaboração de saberes distintos, como o científico, o técnico, os sociais e os provenientes de dimensões éticas e políticas. É um trabalho marcado também pela complexidade, isto é, a diversidade profissional dos atores, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço e da dinâmica. A formação profissional voltada exclusivamente para o conhecimento técnico-profissional não leva

em conta o escopo e a complexidade do envelhecimento com suas dimensões conceituais, sociais, políticas, profissionais e éticas.

Metodologias de ensino

Atualmente, existe um reconhecimento referente à necessidade de alterações na educação de profissionais de saúde, com o qual as IES têm sido estimuladas a se modificarem em direção a um ensino que, entre outros atributos, estimule a equidade e a qualidade da assistência e eficiência do trabalho em saúde. Essa mudança educacional se traduz em inúmeros desafios, entre os quais destaca-se o rompimento com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional, bem como a formação de profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Discutir o processo educacional no mundo contemporâneo resgata a necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, em que os alunos assumem a postura de indivíduos passivos (VENTURELLI, 1997). Paulo Freire (1975) ressalta a necessidade de conceber a educação como prática de liberdade, em oposição a uma educação como prática de dominação. Ainda completa que a educação não pode ser contextualizada como uma prática de depósito de conteúdos alicerçada numa concepção de homens como seres vazios, mas de problematização dos homens em suas relações com o mundo ao seu redor. Assim, a educação com enfoque problematizador fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, despertando a capacidade deste, como participante e agente de transformação social, de detectar os problemas e buscar soluções. Assim, permite a ambos o

aprendizado em conjunto, por meio de um processo emancipatório e ativo, o processo passa a ser centrado na aprendizagem e não no ensino.

A capacidade a ser desenvolvida é a de fazer perguntas relevantes e possibilitar o entendimento da situação, bem como ser capaz de resolvê-las adequadamente. O processo "ensino-aprendizagem" relacionado a uma determinada realidade se inicia levando os alunos a observar a realidade em si. No segundo momento, os alunos identificam os pontos-chaves do problema ou assunto e as variáveis mais determinantes da situação. No terceiro momento, os alunos passam à teorização do problema ao questionar as razões da realidade observada, buscando o entendimento deste. Na quarta fase, são formuladas hipóteses de solução para a questão, então é incentivada a originalidade e a criatividade contrapondo-se com as limitações da própria realidade, a fim de se verificar a viabilidade e a factibilidade. Na última fase, as soluções mais viáveis e aplicáveis são colocadas em prática (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Mas o que ainda pode ser percebido no modelo educacional vigente é que ele funciona como um instrumento de perpetuação da desigualdade, que oculta à realidade e trata a ciência de maneira puramente técnica, possuidor de um poder que oprime. Ao passo que a educação deve ser um ato coletivo, solidário, comprometido e que não pode ser imposto (MITRE et al., 2008).

No que diz respeito ao processo de metodologia ativa com discentes na área de saúde, postula-se que o desenvolvimento de materiais didáticos e práticos utilizados como estratégias de aprendizado auxiliam na capacidade de autonomia sobre o processo de formação do aluno, além de auxiliar na elaboração de

planos de tratamento mais eficazes e complexos, beneficiando a assistência em saúde, que envolve também o cuidado ao idoso.

Outra estratégia utilizada para a transformação curricular da graduação é a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, o que significa a alocação de carga horária expressiva dos estudantes e preceptores em hospitais, unidades básicas de saúde, organizações comunitárias, domicílio, entre outros. Ou seja, novos cenários ensejam novos conteúdos e práticas curriculares, favorecendo a articulação entre teoria e prática na identificação das necessidades de saúde, com potencial estabelecimento de relações mais simétricas de colaboração entre os participantes (incluindo usuários, familiares e cuidadores como dimensão essencial da proposta assistencial). Essas iniciativas colocam-se como oportunidade de avanços via práticas interdisciplinares e multiprofissionais (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Aguilar-da-Silva et al. (2009) consideram que a capacidade e a responsabilidade de ser coautor de um projeto de aprendizagem desejado estão relacionadas à concepção do aprender a aprender, como um processo evolutivo que contribui nas decisões do homem contemporâneo. Dessa forma, o estudante, futuro profissional, se torna capaz de desenvolver a consciência crítica, integrar as informações trazidas e assimiladas durante o curso e aplicar o conhecimento reconstruído e registrado com sua equipe de trabalho (PARANHOS; MENDES, 2010).

Assim, evidencia-se que a estratégia do trabalho em equipe tem como essência a união dos integrantes na busca de um objetivo comum, caracterizando um novo perfil de competência na formação profissional em saúde. Para isso é necessário que os integrantes possuam flexibilidade para possibilitar uma articulação

entre as necessidades dos serviços de saúde e as do paciente, a depender do cenário e do contexto em que se encontram (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

O método interessante nessa construção contínua é a prática baseada em evidências científicas para auxiliar a tomada de decisões na atuação clínica. As características das diretrizes baseadas em evidências tornam a pesquisa instrumento essencial na busca de conhecimentos fidedignos a serem aplicados na prática profissional (JOHANN et al., 2012).

Outra questão importante nessa perspectiva de mudança da concepção do processo de formação dos profissionais de saúde para área da gerontologia é a humanização da atenção em saúde, a qual deve transparecer a qualificação das práticas em saúde e também o desafio para os trabalhadores dessa área. Silva e Silveira (2011) descrevem as dificuldades encontradas pelos fisioterapeutas no trabalho em equipe, fruto de sua formação profissional, o que compromete o trabalho humanizado.

Associado e concomitante às necessidades de mudanças nos modelos pedagógicos ocorre a evolução tecnológica e sua aplicabilidade no campo da educação. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) e as redes sociais estão presentes no dia a dia como espaços interativos de discussão e construção coletiva e, explícita ou implicitamente, demarcam cada vez mais o seu espaço.

No cenário atual, tem-se observado que o uso das tecnologias digitais tornou-se uma maneira importante e atrativa de consumir e produzir informações. Com isso, entende-se que as novas formas de pensar, agir e comunicar-se, ao serem transformadas em

hábitos corriqueiros com a presença das TIC, têm gerado o imperativo de se repensar as formas de ensinar e aprender. O conhecimento não é mais transmitido verticalmente entre professor e aluno, as enciclopédias não são mais as únicas fontes de conteúdo, o processo hoje é muito mais dinâmico e interativo.

Dessa forma, o uso dessas tecnologias e suas potencialidades para a educação, seja ela presencial ou à distância, pode contribuir para a formação na área de gerontologia, tanto na graduação e pós-graduação quanto na educação permanente e continuada. A Educação a Distância (EAD) amplia as oportunidades de atingir um público já inserido no mercado de trabalho, pois traz uma concepção metodológica pautada em discussões sobre o processo de envelhecimento, a troca de experiências em diferentes contextos, as atualizações e a consequente construção colaborativa do conhecimento.

Contudo, para que haja adequações e atualizações nos modelos pedagógicos considerados inapropriados diante das mudanças epidemiológicas e sociais é necessário envolvimento, entrosamento e coerência do grupo de formadores, tendo claros os objetivos do que se propõe a fazer. Do contrário observar-se-á apenas uma nova roupagem do que já está estabelecido, pela cômoda manutenção do velho ao invés da insegurança do percurso que conduzirá ao novo.

Desenvolvimento de pesquisas na área

O envelhecimento populacional trouxe consigo a necessidade de maior entendimento acerca da saúde, bem como do processo de desenvolvimento de doenças, na crescente população idosa. Assim, o número de pesquisas desenvolvidas na área do

envelhecimento humano tem crescido de modo exponencial ao longo dos anos.

Groisman (1999) registra que o Ano Nacional do Idoso, comemorado em 1999, parece ter impulsionado o interesse científico na área do envelhecimento humano. Talvez esse poderia ser considerado o marco ou o divisor de águas na produção científica relacionada à geriatria e gerontologia, e que coincide com a criação e realização do Congresso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 2000.

Nesse contexto, o trabalho de Prado, Tavares e Silva (1999), intitulado Catálogo de Teses e Dissertações na Área do Envelhecimento, lança uma perspectiva temporal do crescimento da produção de dissertações e teses relativas ao processo de envelhecimento humano, constatando o crescimento dessa produção de forma exponencial, a partir de 1970, com 7% dos trabalhos concluídos na década de 1970, uma terça parte nos anos 80 e os mais de 60% restantes finalizados entre 1990 e 1998. Apesar da ausência de documentos mais recentes que cataloguem esses dados, a partir da década de 2000, é plausível supor que essa tendência de crescimento esteja se mantendo, por causa da crescente criação de grupos de pesquisa na área do envelhecimento humano.

Prado e Sayd (2004) identificaram, por meio da busca no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), um total de 144 grupos de pesquisa, 209 linhas de pesquisa e 511 pesquisadores cadastrados com atividades relacionadas à área de envelhecimento humano. Em um levantamento recente, realizado em 2014, pelos autores deste capítulo (dados não publicados), na

mesma base de dados foi possível identificar 155 grupos de pesquisa e mais de 600 linhas de pesquisa na referida área, confirmando o crescente interesse observado nas décadas anteriores.

Nessa perspectiva, em 2010 foi criado o Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Nepe-Uesb) com a participação de doutores e mestres, autores desse texto, além de discentes dos cursos de graduação em Fisioterapia, Educação Física e Enfermagem. O Nepe se propõe a desenvolver projetos de pesquisa e de extensão com foco no envelhecimento humano; atividades de treinamento acadêmico em avaliações direcionadas às áreas de concentração; promover intercâmbios com outras instituições de ensino e núcleos de pesquisa; ações direcionadas à promoção da saúde do idoso, contribuindo, assim, para a sustentação acadêmica em que se fundamentam os princípios da Uesb, relacionados ao ensino, pesquisa e extensão.

O grupo, com foco nas linhas de pesquisa Epidemiologia do Envelhecimento Humano e Vigilância à Saúde do Idoso, vem apresentando uma crescente produção científica, com artigos científicos publicados em periódicos internacionais e nacionais, além de trabalhos de conclusão de curso e dissertações. Além do envolvimento na pesquisa, os discentes mostram-se motivados com discussões, atividades de campo e sentem-se corresponsáveis na produção do conhecimento na área do envelhecimento.

É possível constatar ainda que, como observado por Prado e Sayd (2004), a maioria dos grupos de pesquisa e suas respectivas linhas de pesquisa citados se dedicam à pesquisas nas grandes áreas das Ciências da Saúde, seguido pelas Ciências Biológicas,

Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas. No que tange as áreas específicas, o destaque fica para o maior volume de pesquisas em Saúde Coletiva, Medicina, Enfermagem e Odontologia. Não obstante, as pesquisas envolvendo o benefício de programas regulares de atividade física e reabilitação para a população idosa tem ganhado muito espaço na literatura científica.

A constatação do crescente aumento na produção científica na área de geriatria e gerontologia, e em uma diversidade de áreas de conhecimento, parece ser uma tentativa de acompanhar a tendência de envelhecimento populacional e buscar conhecer as necessidades dessa população com muitas peculiaridades. Muito se avançou no conhecimento nessa área, mas um longo caminho ainda precisa ser trilhado para melhor atender às necessidades do crescente contingente idoso no Brasil, principalmente se consideramos as projeções da Organização Mundial de Saúde, que apontam que, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.

Considerações finais

Diante do que foi discutido, propõe-se um maior diálogo entre professores, profissionais de saúde e estudantes que tenham a inquietação de discutir e contribuir com proposições e alternativas de enfrentamento dos desafios advindos do processo de envelhecimento populacional.

A interdisciplinaridade, intrínseca ao processo de produção e aplicação do conhecimento em Gerontologia, é um tema bastante discutido e "teorizado", porém, na prática o que ocorre são estudantes que não se sentem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso por causa da fragmentação do

saber e do fazer. A elaboração conjunta de planos terapêuticos entre profissionais e estudantes de áreas diversas, com a busca de construção partilhada de respostas assistenciais poderia ser uma forma efetiva de solucionar questões de saúde com uma visão ampliada e complementar, avaliando o idoso inserido em seu contexto, com os recursos disponíveis e de forma integral.

A integração ensino-serviço de saúde, prática adotada em algumas instituições, que conjuga vivências de situações no processo do conhecimento, vem apresentando resultados positivos, podendo, dessa forma, ser reproduzida e ampliada. A aproximação entre os dois permite ao discente ter contato, durante a formação, com o cotidiano do trabalho em saúde, o que corresponde ao desafio de produção-atuação em conjunto com a população assistida.

Acreditando que as medidas tomadas no âmbito da educação influenciarão constantemente o sistema de saúde, a educação gerontológica deve ter como objetivo formar indivíduos capazes de compreender o envelhecimento em suas múltiplas dimensões e que, além de críticos, sejam autônomos, humanos, criativos, propositivos e éticos.

Referências

AGUILAR-DA-SILVA, R. H. et al. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. **Rev. Bras Educ Med**, v. 33, n. 1, p. 53-62, 2009.

_____; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da

colaboração e do trabalho em equipe. **Rev Avaliação**, v. 16, n. 1, p. 165-84, 2011.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. Discipline curricula in the health area: an essay on knowledge and power. **Interface - Comunic., Saude, Educ**., v.13, n.31, p.261-72, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro do Estado da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

DIOGO, M. J. D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev Latino-am Enferm**, v.12, n.2, p.280-2, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

GROISMAN, D. Velhice e história: perspectivas teóricas. **Cadernos do IPUB**, 2. ed. p. 43-56, 1999.

HANSEN, E. O. et al. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognóstico médico em pacientes idosos. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 1, p. 55-60, 2011.

JOHANN, D. A. et al. Elaboração de diretriz clínica: integração entre universidade e unidade hospitalar. **Rev Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p. 377-80, 2012.

MARTINS DE SÁ, J. L. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1119-24.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, Sup2, p. 2133-44, 2008.

MOSÉ, V. Educação: a briga no Rio está errada. **Jornal O Globo**. 26. out. 2008.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Cienc Saude Colet**, v.12, n.2, p.363-72, 2007.

_____.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1143-51, 2008.

PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 07 telas, 2010.

PRADO, S.D.; SAYD, J.D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 773-772, 2004.

_____; TAVARES, E. L.; SILVA, F. R. C. **Catálogo de teses e dissertações na área do envelhecimento humano**. Rio de Janeiro: CRDE-UnATI-UERJ, 1999.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. S16, n. 1, p. 1535-46, 2011.

VENTURELLI, J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. In: WASHINGTON, D. C. **Organización Panamericana de La Salud; Organización Mundial de La Salud**; 1997. (Série PALTEX Salud y Sociedad, v. 5, 2000).

XAVIER, A.S.; KOIFMAN, L. Higher education in Brazil and the education of health care professionals with emphasis on aging. **Interface - Comunic, Saude, Educ,** v.15, n.39, p.973-84, 2011.